T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İNTERDİSİPLİNER SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



KANSERLİ HASTALARA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ VE TRAKYA ÜNİVERSİTESİ BALKAN ONKOLOJİ HASTANESİ ÖRNEĞİ

FATMA NUR ÇİÇİN

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ MURAT ÇİFTÇİ

EDİRNE 2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İNTERDİSİPLİNER SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATMA NUR ÇİÇİN tarafından hazırlanan **KANSERLİ HASTALARA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ VE TRAKYA ÜNİVERSİTESİ BALKAN ONKOLOJİ HASTANESİ ÖRNEĞİ** Konulu **YÜKSEK LİSANS** Tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 9.-10. maddeleri uyarınca **10.04.2018 Salı** günü saat **11.00**'de yapılmış olup, tezin* .....Kabul.....edilmesine..... **OYBİRLİĞİ/~~OYÇOKLUĞU~~** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Prof. Dr. Ali Karun NEMLİOĞLU	KABUL EDİLMESİNE	
Doç. Dr. Güney ÇETİN GÜRKAN	Kabul Edilmesine	
Dr. Öğr. Üyesi Murat ÇİFTÇİ	Kabul edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10187165
Yazar Adı / Soyadı	FATMA NUR ÇİÇİN
T.C.Kimlik No	13828643892
Telefon	5054306590
E-Posta	fatmanurcicin@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Kanserli Hastalara Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi Örneği
Tezin Tercümesi	Patient Satisfaction in Healthcare Services Provided to The Patients with Cancer and Example of Trakya University Balkan Oncology Hospital
Konu	Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	99
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ MURAT ÇİFTÇİ
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

11.04.2018

İmza:.....

Tezin Adı: Kanserli Hastalara Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi Örneği

Hazırlayan: Fatma Nur ÇİÇİN

ÖZET

Bir toplumda hizmet sunan sağlık kurum ve kuruluşlarının niteliğini ortaya koyan en önemli göstergeler arasında tıbbi sonuçlar, maliyet ve o kurumdan hizmet alanların ifade ettikleri memnuniyet dereceleri bulunmaktadır. Bu doğrultuda yapılan maliyet analizleri, tıbbi çıktılar, hasta ve sürece katılan tüm bireylerin memnuniyetinin ölçülmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve ihtiyaca göre geliştirilmesi her sağlık kurumunun hedefleri arasında yer almaktadır. Değerlendirilen sonuçlar; hizmet sunucularının geleceğe yönelik planlamalarına, politika ve strateji geliştirmelerine, sağlık sunum hizmetlerinin şekillenmesine katkı sağlarken hasta tatminini ve kuruma bağlılığını da beraberinde getirmektedir. Hastanın kuruma bağlılığı ise hizmet almaya devam etmesi ve çevresindekilere tavsiye etmesi anlamına gelmektedir.

Bu çalışma, yatarak ve ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerinin incelenmesi, memnuniyet duyulan hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması, memnuniyetsizlik yaratan sorunlara yönelik çözüm üretilmesi amacıyla yapılmıştır. Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi'nde yatan ve ayaktan tedavi gören hastalar kısıt olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmanın ilk bölümünde sağlık ve sağlık hizmetlerine yönelik tanım ve kavramlar aktarılmış, ikinci bölümde sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti incelenmiştir. Alan çalışmasını içeren son bölümde ise hastaların algıladıkları memnuniyet düzeylerine ilişkin anket sonuçları analiz edilmiştir. Genel olarak yatan ve ayakta tedavi gören kanser hastalarının aldıkları hizmetten yüksek düzeyde memnun kaldıkları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: **S**ağlık Yönetimi, Sosyal Sağlık Hizmetleri, Sosyal Politika, Dezavantajlılık, Kanser Hastaları.

Title of the thesis: Patient Satisfaction in Health Services Provided with Cancer and Example of Trakya University Balkan Oncology Hospital.

Prepared by: Fatma Nur ÇİÇİN

ABSTRACT

The most important indicators of the quality of health care institutions and services that provide services in a society are medical outcomes, cost, and satisfaction ratings expressed by those service areas.The cost conducted in this direction, the, satisfaction measurement of the patients and all the individuals in the process, the medical outcomes, the evaluation of the results and the development of the services according to needs are among the targets of each health institution. The assessed results also contribute to the future planning of service providers, policy and strategy development, and the formation of health delivery services. İt will increase patients' loyalty and satisfaction to the institution. The mean of patient's commitment to instution is that it continues to receive service and recommends it to the surrounding community.

This study also focused on measuring the level of satisfaction of patients receiving cancer treatment in their health care services. The inpatients and outpatients in Trakya University Balkan Oncology Hospital were determined as a constraint.

In the first part of this study, the definitions and concepts related to health and health services were given and in the second part quality and patient satisfaction in health services were examined. In the last section, which includes field work, the results of the questionnaire on satisfaction levels of the patients were analyzed. It has been found that generally inpatient and outpatient cancer patients are highly satisfied with the service they receive.

Keywords: Healthcare Management, Social Health Services, Social Politics, Disadvantageousness, Cancer Patients.

ÖNSÖZ

Son yıllarda dünya genelinde yaşanan küreselleşme, teknolojik değişim ve gelişmeler tüm hizmet sağlayıcıları ve alıcıları etkisi altına almaktadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri, topluma sundukları hizmetlerin çok yönlü olması ve kalitesi ile belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve kalitesi de gelişmişlik düzeyinin asıl belirliyecileri arasındadır. Sağlık hizmetlerinin özellikleri, çeşitliliği ve hastaların algılarındaki farklılık tanımlanmasını, ölçülmesini zorlaştırırken gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Günümüzde insanlar sağlıklarına daha fazla önem vermekte ve kaliteli sağlık hizmeti almayı talep etmektedirler. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kurumlar, hem kendileri hem de hastalar için en kaliteli hizmeti nasıl verebilecekleri konusunda sürekli çalışma ve iyileştirme içerisinde bulunmak durumundadırlar. Çalışma da bu kapsamda yapılandırılmıştır.

Bu amaçla yürüttüğümüz çalışmanın her aşamasında sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşım sergileyen, akademik birikimiyle yol gösteren, bilgilerini ve yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Murat ÇİFTÇİ'ye, ders evresinde emeği geçen tüm hocalarıma, her zaman desteğini hissettiğim değerli eşime, bana güvenmekten asla vazgeçmeyen, mutluluk ve enerji kaynaklarım Deniz ve Derin'e sonsuz teşekkür ederim.

Fatma Nur ÇİÇİN
Edirne – 2018

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
ÖNSÖZ ..... **iii**
İÇİNDEKİLER ..... **iv**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vi**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **viii**
KISALTMALAR ..... **ix**
GİRİŞ **1**
BİRİNCİ BÖLÜM **3**
1. KURAMSAL AÇIDAN SAĞLIK HİZMETLERİ **3**
1.1. Sağlık Konusunda Temel Kavramlar 3
1.1.1. Sağlık Kavramı 3
1.1.2. Sağlık Hizmetleri 4
1.1.3. Sağlık Politikası 5
1.1.4. Sağlık Örgütlenmesi 9
1.1.5. Sağlık Sistemleri 11
1.2. Sağlık Hizmetlerine Teorik Bakış 14
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 14
1.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 17
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı 20
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu 22
İKİNCİ BÖLÜM **25**
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ **25**
2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite 25
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri 28
2.1.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Boyutları 30
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 33
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Önemi 35
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler 36
2.2.3. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri 39
2.3. Kanser, Destek Tedavi ve Önemi 40

2.3.1. Kanserli Hastaların Yaşadığı Psikolojik Süreçler ve Hastalığa Tepkileri 42
2.3.2. Kanserde Psikolojik, Sosyal Destek ve Önemi 45
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 47
3. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ BALKAN ONKOLOJİ HASTANESİ ALAN ÇALIŞMASI 47
3.1. Araştırmanın Amacı, Önemi, Kısıtları, Modeli 47
3.2. Yöntem 49
3.3. Temel Betimsel Bulgular 51
3.4. Geçerlilik Test Bulguları 53
3.5. Güvenilirlik Test Bulguları 58
3.6. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Memnuniyetin Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim ve Gelir Düzeylerine Göre Ayrışma Bulguları 61
3.7. Ayakta Tedavi Gören Hastalarda Memnuniyetin Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim ve Gelir Düzeylerine Göre Ayrışma Bulguları 67
3.8. Tartışma 71
SONUÇ 78
KAYNAKÇA 82
EKLER 91
EK-1: Alan Çalışması İçin Onay Yazıları 91
EK-2 Yatan Hasta Memnuniyet Ölçeği Anketi 93
EK-3. Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği Anketi 97

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Politikasının Etkin ve Uygulanabilirliği İçin Gereken Ön Koşullar.. 7
Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları. 31
Tablo 3. Temel Betimsel Bulgular. 52
Tablo 4. Otelcilik Hizmetlerine İlişkin Gerçekleştirilen Faktör Analizinde Rotasyon Sonrası Faktör Bileşenleri Matrisi. 54
Tablo 5. Personelden Memnuniyete İlişkin Gerçekleştirilen Faktör Analizinde Rotasyon Sonrası Faktör Bileşenleri Matrisi. 55
Tablo 6. Personel ve Diğer Hizmet Sunucularına İlişkin Gerçekleştirilen Faktör Analizinde Rotasyon Sonrası Faktör Bileşenleri Matrisi. 56
Tablo 7. Kemoterapi (Ayaktan tedavi) Ünitesine Yönelik Personel İlgisi ve Hizmet Erişimine İlişkin Gerçekleştirilen Faktör Analizinde Rotasyon Sonrası Faktör Bileşenleri Matrisi. 58
Tablo 8. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Otelcilik Hizmetlerden Memnuniyetlerinde Cinsiyet Göre Ayrışma 61
Tablo 9. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Otelcilik Hizmetlerden Memnuniyetlerinde Medeni Duruma Göre Ayrışma 62
Tablo 10. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Otelcilik Hizmetlerden Memnuniyetlerinde Eğitim Seviyesine Göre Ayrışma 62
Tablo 11. Eğitim Düzeyine Göre Otelcilik Hizmetlerinden Memnuniyette Farklılıklar (LSD Testi)..... 63
Tablo 12. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Otelcilik Hizmetlerden Memnuniyetlerinde Gelir Seviyesine Göre Ayrışma 64
Tablo 13. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Personelden Memnuniyetlerinde Cinsiyet Göre Ayrışma..... 64
Tablo 14. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Personelden Memnuniyetlerinde Medeni Duruma Göre Ayrışma 65
Tablo 15. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Personelden Memnuniyetlerinde Eğitim Seviyesine Göre Ayrışma..... 65
Tablo 16. Eğitim Düzeyine Göre Personelden Memnuniyette Farklılıklar (LSD Testi) 66
Tablo 17. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Personelden Memnuniyetlerinde Gelir Seviyesine Göre Ayrışma..... 67
Tablo 18. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel ve Diğer Hizmet Sunucularından Memnuniyetlerinde Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Ayrışma 68
Tablo 19. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel ve Diğer Hizmet Sunucularından Memnuniyetlerinde Eğitim ve Gelir Seviyelerine Göre Ayrışma ... 68
Tablo 20. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel İlgisi ve Hizmet Erişiminden Memnuniyetlerinde Cinsiyete Göre Ayrışma 69

Tablo 21. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel İlgisi ve Hizmet Erişiminden Memnuniyetlerinde Medeni Duruma Göre Ayrışma 69
Tablo 22. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel İlgisi ve Hizmet Erişiminden Memnuniyetlerinde Eğitim Seviyesine Göre Ayrışma 69
Tablo 23. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel İlgisi ve Hizmet Erişiminden Memnuniyetlerinde Gelir Seviyesine Göre Ayrışma 70

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni 22
Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belirleyicileri 27
Şekil 3: Hasta Memnuniyeti 34
Şekil 4: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler 37
Şekil 5: Araştırma Modeli. 48

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

Bkz. : Bakınız

DNA : Deoksiribonükleik asit.

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

Ed. : Editör

IOM : *Institute of Medicine*, (Tıp Kurumu)

JCAHO: *The Joint Commission Accredits and Certifies,* (Akreditasyon ve Sertifikalar Ortak Komisyonu)

LSD : *Least Significant Difference*, (Çoklu t Testi)

N : Örneklem (Denek) Sayısı

NHS : *National Health Service,* İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri

p. : Hata payı

s. : Sayfa

SB : Sağlık Bakanlığı

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TKY : Toplam Kalite Yönetimi

TL : Türk Lirası

TTB : Türk Tabipler Birliği

vb. : Ve benzeri

vd. : Ve diğerleri

WHO : *World Health Organization*, Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Sağlık sektöründe hizmet sunucusu kurumlar varlıklarını devam ettirebilmek, rekabet güçlerini artırmak için kalite ve hasta memnuniyetine önem vermek durumundadır. Yapılan araştırmalarda kalite ve memnuniyetin hastane tercihinde en etkili faktörler arasında yer aldığı görülmektedir. Bu doğrultuda memnuniyet kavramının verilen hizmet kalitesinin yükseltilmesine yönelik çabalar olarak değerlendirilmesi gerektiği, memnuniyet duyulan hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması, memnuniyetsizlik yaratan sorunlara yönelik çözümler üretilmesi, hizmet alıcıların memnuniyetini artırmayı hedefleyen sağlık kurumları için ayrıcalıklı öneme sahiptir.

Genel olarak yapılan çalışmalarda, hasta, hasta yakınları ve sağlık personeli açısından her yönden travmatik bir süreci olan kanser tedavisinin etkinliğinde de hasta memnuniyeti önemli bir faktör olarak tespit edilmektedir. Ancak onkoloji hastanelerinde hizmet sunum kalitesi ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Kanser, günümüzde başlıca sağlık sorunları arasında yer almakta, dünya sıralamasında ölüme neden olan hastalıklar arasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Toplumun tüm katmanlarında görülebilen kanser hastalığının, hasta, ailesi ve sosyal açıdan yıpratıcı etkileri de oldukça yüksektir. Bununla birlikte kanser, psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli en yüksek hastalık grupları arasında gösterilmektedir. Hastalar hastanede kaldıkları süre içerisinde sağlık personelinin kendilerini anlamalarını ve gereksinimlerini karşılamalarını beklemektedirler. Bu nedenle kanser hastalarının aldıkları tedavi sürecinde hizmet veren personelin olumsuz ön yargılardan uzak, anlayış ve işbirliği içerisinde destekleyici yaklaşım göstermesi gerekmektedir. Ayrıca kanser hastalarına düzenli olarak psikososyal açıdan destek verilmesi hastaların prognozlarını pozitif yönde etkilemekte, yaşam kaliteleri üzerinde olumlu katkı sağlamakta ve yaşadıkları duygusal sorunları önemli ölçüde azaltmaktadır. Hastaların tedavi gördükleri kurumdan duydukları

memnuniyetin psikososyal açıdan katkı sağlayacağı ve tedavilerine etkin katılımlarını sağlamada önemli olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada öncelikli olarak sağlık, sağlık hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetine yönelik aktarımlar da bulunulmuş, sonrasında Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesinde tedavi gören kanser hastalarının algıladıkları memnuniyet düzeyleri analiz edilmiştir.

Tez çalışması üç ana bölümden oluşmaktadır. ”Kuramsal Açıdan Sağlık Hizmetleri” başlığını taşıyan ilk bölümde sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemlerine yönelik temel kavramlar aktarılmıştır. “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti” başlığını taşıyan ikinci bölümde, hizmet kalitesi, hizmet alıcılarının memnuniyeti ve kanser tedavisinde memnuniyetin yeri çerçevesinde üç aşamalı incelemeyle bölüm yapılandırılması gerçekleştirilmiştir. Ayrıca kanser hastalığına yönelik destek tedaviler ve hastalığın psikososyal yönü konusunda da bilgi aktarımında bulunulmuştur. “Alan Çalışması: Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi Yatan ve Ayaktan Hasta Memnuniyeti Örneği” başlıklı son ana bölümde ise alan çalışmasının analizi gerçekleştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM
1. KURAMSAL AÇIDAN SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Konusunda Temel Kavramlar

Bu bölüm iki kısıma ayrılarak yapılandırılmıştır. "Sağlık Konusunda Temel Kavramlar" başlığını taşıyan ilk kısımda sağlık kavramı, sağlık hizmetleri, sağlık politikası, sağlık örgütlenmesi ve sağlık sistemleri ana hatlarıyla incelenmiştir. "Sağlık Hizmetlerine Teorik Bakış" başlıklı ikinci kısımdaysa sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sınıflandırılması ve sunumu konuları incelenmiştir.

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramıyla ilgili ilk bakış açısı Tanrı ve Tanrıçaların dahi sağlığa atfedildiği Antik Yunan'da görülmektedir. Buna göre Aesculap Tıp Tanrısı iken Hygieia ise Sağlığı Koruma Tanrıçasıdır. Sağlığı Koruma Tanrıçası Hygieia'ya insanın fiziksel, ussal ve ruhsal temizliği ile sağlığı korumak için şifa sağlamada özdeş görev yüklendiğinden sağlık, sorumlu ve düzenli bir yaşam olarak görülmüştür. Benzer yaklaşımın Ortaçağ Avrupası'nda da görüldüğü, buna göre de örneğin veba salgınının sebebi olarak cadıların ve kötü ruhların gösterildiği bilinmektedir (Cömert ve Özel, 2015: 311). Dolayısıyla modernite öncesi dönemde sağlık hastalığın karşıtı olarak kabul edilmiş, hastalık olmaması hali sağlık olarak tanımlanmıştır. Bu noktada hastalığa yol açan sebepler, kötü ruh, büyü, cadı gibi soyut varlıklarla açıklanmaya çalışılmıştır. Mikroorganizmaların keşfiyle birlikte soyuttan somut oluşum sebeplerine geçilmiş, hastalık tanımında değişim yaşanmış, ancak sağlığın tanımındaki hastalık halinin olmaması durumu tanımlarda varlığını sürdürmüştür (Somunoğlu, 2012: 3-4).

Günümüzde sağlık kavramına yönelik bakışa bakıldığında, hasta olmama şeklinde özetlenebilecek görüşün geliştirildiği sonucuyla karşılaşılmaktadır. Özellikle sağlık tanımının kapsamı somut-soyut kavramlar bir arada kullanılarak

genişletilmiştir. Örneğin Kızılçelik (1995: 16) sağlığı, hastalık ve sakatlık halinin olmaması ile sınırlandırmayıp bireyin zihinsel, bedensel, sosyal ve ekonomik açıdan da huzurlu ve uyumlu olması şeklinde tanımlamaktadır. Bununla birlikte Pişgin ve Ateşoğlu (2015: 253), bireyin bulunduğu topluma fiziksel, sosyal ve ussal olarak uyum sağlaması şeklinde tanımlama yapmaktadır.

Kurumlar bazında yapılan tanımlara bakıldığında da sağlık tanımının kapsamında genişleme görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, "yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 35). Sağlık Bakanlığı (2011: 1) ise sağlığın, soyut bir durumdan çok işlevsel terimlerle anlatılabilen bir hedefe ulaşma aracı olarak, insanların kişisel, sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir hayat sürmesine olanak sağlayan bir kaynak olduğunu ifade etmektedir.

1.1.2. Sağlık Hizmetleri

WHO sağlık hizmetlerini, teşhis, tedavi ya da sağlıkla ilgili olan her türlü bakım, iyileştirme ve reklam hizmetleri olarak tanımlamakta olup kendi içerisinde de bireysel ve bireysel olmayan sağlık hizmetleri olarak ikiye ayırmaktadır. (http://www.who.int/topics/health_services/en/,06/02/2017). WHO'nun sağlık hizmetleri tanımının yanı sıra konunun daha geniş kapsamla ele alındığı tanımlar da mevcuttur. Kimi tanımlarda bireyleri hastalık ve sakatlıklardan koruyarak ruhsal, sosyal ve iktisadi açıdan huzurlu bir şekilde yaşamalarını sağlamaya yönelik yapılan faaliyetler bütünü olarak (Akdur, 2006: 17-18), kimi tanımlarda ise iş, eğitim, çalışma şartları, konut, ekonomik gelir, çevre, kişisel alışkanlıklar gibi birçok etkenden oluşan ve çok bileşenli bir sonuç olan toplumun sağlık seviyesini yükseltmek olarak belirtilmektedir (Akdur, 2000: 1). Söz konusu tanımlarla birey ve kamuya yönelik sağlık hizmeti sadece koruma ve sorun çözümü ile sınırlanmamış, var olan durumun daha da iyileştirilmesi uygulamaları sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır.

Sağlık hizmetleri konusunda yapılan bir diğer tanım, sağlık sorunlarının önlenmesi ve toplum ile bireyin sağlık standartlarının geliştirilmesine yönelik faaliyetler bütünü şeklindedir (Kavuncubaşı, 2000: 34). Tengilimoğlu'nun (2009: 38) da vurguladığı gibi sağlık hizmetlerinden beklenen; bireylerin nitelikli, mutlu ve sağlıklı bir hayat sürmesini sağlamaktır.

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetleri dinamik bir süreçtir. Sağlık hizmetlerinin faaliyet alanları sürekli yenilenmekte ve genişlemektedir. Ayrıca zamana, toplumlara ve kültürlere göre de değişkenlik göstermektedir. Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri, seneler boyunca sadece hastalıkların tedavisi olarak düşünülmüştür. Zamanla hastalıklar, nedenleri, baş etme yöntemleri ve benzeri alanlarda bilginin hızla artması, teknoloji ve iletişim imkânlarının gelişmesi ile sağlık hizmetlerinin çeşitlenerek farklı alanlara yayıldığı görülmektedir. İnsan sağlığının toplum sağlığı ile bağlantılı olduğu anlaşılmış, geniş kitleler tarafından tedavi edici hizmetlerin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem ve öncelik verilmeye başlanmıştır. Günümüz dünyasında sosyal refah anlayışıyla yönetilen devletler, sağlık hizmetlerini, temel insan hakkı olarak görmekte, topluma etkin, yeterli ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerini sunmak, sağlıklı insanlardan oluşan mutlu bir toplum yaratmak amacıyla hizmete yönelik çalışmalara gereken önemi vermektedirler (Çelikay ve Gümüş, 2011a: 56). Sonuçta 4 bin yıllık köklü geçmişe sahip sağlık hizmetlerinin, bu süreçte tanım ve kapsamında yaşanan değişim ve dönüşümlerin sürekliliği dinamik bir yapıya sahip olmasına yol açmış ve nihayetinde de günümüzde ayrı bir bilim dalı olmasına kaynaklık etmiştir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 49).

1.1.3. Sağlık Politikası

Politika literatürde karar anlamında kullanılmaktaysa da aslında belirli konularda zaman içerisinde verilmiş birçok kararı kapsamaktadır. Genel anlamda politika, belirli bir konuda amaca ulaşmak için ilgili kişi veya kişilerce verilen kararlar ve yapılan amaçlı faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Tanımlardan ilkinde

konunun belirlenmesi politika için yeterliyken genel tanımda uygulamanın gerekliliği de konunun belirlenmesine eklenmektedir (Tatar, 2011: 14). Güncel politika tanımı ise aktör veya oluşturdukları grup tarafından belirlenen amaçlar ve bu amaçlara ulaşabilmek için alınan kararlar şeklindedir (Atabey, 2012: 40).

Politika kavramının sağlık konusundaki karşılığı dar anlamda, birey ve oluşturdukları topluma yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmet sunma şeklindedir. Geniş anlamda ise sağlık politikası, birey ve toplumun sağlığını etkileyen tüm alanları kapsayarak hizmetin kurumlarını, etkinliğini, finans, yönetim ve düzenlemelerini içeren faaliyetler bütünü olarak yapılmaktadır (Fişek, 1991: 34). Bir başka tanımda; sağlık politikası, sağlık hizmetlerinde yapılacak politik seçimler olarak ele alınırken sağlık politikasının yapılandırılması ve uygulanması sürecinde siyasetin de birebir içinde olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca toplumun ihtiyaçlarının neler olduğu, bunların belirlenip nasıl karşılanacağı, ihtiyaçların öncelik sırası ve bu sıranın ekonomi için taşıdığı önem, söz konusu politik seçimlerde etkili ve belirleyici olabilmektedir. Bunların yanında sağlığın geliştirilmesinde etkisi olan kamu, özel sektör ile gönüllü kuruluşların tüm uygulamaları da sağlık politikası içeriğinde yer almaktadır (Atabey, 2012: 22). Konuyla ilgili eleştirel katkı Akdur'dan (1999: 7) gelmiş olup, bireylerin sağlık haklarının bütünüyle piyasanın arz/talep kurallarına bırakılmasının, kişilerin sağlık hizmetlerinden imkânları çerçevesinde yararlanmalarını ve bu durumun da kâr aracı olarak görülmesini, siyaset ve politikanın içiçeliğine bağlamaktadır.

Uluslararası literatürdeki genel kabul çerçevesinde konu ele alındığında, politika ve sağlık politikası tanımlarında kararların alınmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin üretiminde, finansmanında, ulaşımında uluslararası anlaşmaların, insan haklarının ve anayasanın göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Diğer yandan sağlık hizmetinin bölünemez özelliği, dışsallığı ve karmaşık yapısı nedeniyle özellikle de gelişmekte olan ülkelerde devletin, özel sektöre göre daha etkin rol oynadığı belirtilmektedir (Atabey, 2012: 23). Bu kapsamda WHO'ya göre ülkeler uyguladıkları sağlık politikalarını, toplumun her kesimine her türlü sağlık hizmet

sunumunu, en yüksek kalitede ve ulaşılabilirlikte kendileri geliştirerek uygulamalıdırlar (Aydın, 2004: 12).

Sağlık politikaları her ülkede farklılıklar gösterebilse de temelde değişmeyen iki yaklaşıma göre şekillenmektedir. Bu yaklaşımlardan ilki, toplumsal yardımlaşmayı ve milli gelirin eşit dağılımını gerektiren, sağlığı doğuştan kazanılan en temel insan hakkı olarak kabul eden ve devletin sağlık hizmet sunumunu bütünüyle üstlenmesi gerektiğini savunan yaklaşımdır. Sağlığı bireysel bir sorumluluk olarak gören ve sağlık hizmeti sunumunu piyasa koşullarına göre şekillendiren oluşum şeklinde kabul eden yaklaşımsa ikinci yaklaşımı oluşturmaktadır (Akdur, 2006: 17-18).

Sağlık politikasının etkinliği ve uygulanabilirliği açısından da standartlaşmış koşulların varlığı önem taşımaktadır. Konuyla ilgili koşullar ve gerekçeleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Politikasının Etkin ve Uygulanabilirliği İçin Gereken Ön Koşullar

KOŞULLAR	KOŞULLARIN GEREKÇELERİ
Görünürlük	Bir sağlık sorununun değerlendirilebilmesi için sorunun varlığı ve büyüklüğü görünür olmalıdır. Bunun için hem eldeki verilerin doğru ve etkin analizi hem de sağlık otoritelerinin problemi etkili şekilde sunması gerekir.
Kapasite	Sağlık çalışanları sağlık alanındaki sorunların görünür olmasında anahtar rolü oynarlar ya da oynamaları gerekir. Sağlık alanında çalışanların hem verilerin değerlendirilmesi ve sorunların saptanması hem de gereken uygulamalarda yeterli donanıma sahip olması beklenir.
Sahiplik	Sağlık alanındaki sorunların birden fazla grupça sahiplenilmesi sorunun dikkate alınma olasılığını artırır. Ancak sorunun değerlendirilmesi ve sunumunda, sorumluluk ve yetki karmaşası problemlerin çözümünde sorunlara neden olabilir.
Kurumlar arası işbirliği	Sağlık alanındaki birçok sorunun çözümü kurumlar arası işbirliğini gerektirir. Yeterli işbirliğinin sağlanamadığı ülkelerde ya da durumlarda sorunların çözümüne dair etkin sağlık politikaları oluşturmak ve geliştirmek zordur.
Etkili devlet	Devlet, sağlık politikalarının belirlenmesinde çok önemli rollere sahiptir. Yasaların yapılması, uygulanması ve denetlenmesi devletin en önemli rollerindendir. Bu süreçlerin etkin işlemesi sağlık politikalarının başarısının başlıca şartıdır.

Kaynak: Ertürk, Atabey, Selin, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitapevi, Ankara 2012, s.24.

Daha önce vurgulandığı üzere sağlık politikaları yapılandırılırken birbirinden farklı kriterler göz önünde bulundurulmaktadır. Aralarında birbirlerini destekleyen ya da birbirleri ile ters düşen ilişkilerin görülebildiği bu kriterler, ülkenin sosyal, kültürel, akademik ve ekonomik durumuna göre değişim gösterebilmektedir (DPT, 2001: 29). Ayrıca uygulanan sağlık politikalarını ülkenin diğer sosyoekonomik faaliyetlerinden farklı kılan özellikleri de bulunmaktadır. Bu özelliklerin başlıcaları şu şekilde sıralanmaktadır (Turan, 2004: 8-10):

- Sağlık hizmetleri toplumsal bir hizmettir. Piyasa ekonomisine bırakılamayacak özellikte olması, toplumun tamamına fayda sağlamayı amaçlayan bir nitelikte olmasından kaynaklanmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, tüketicilerin yeterli bilgiye sahip olmamasına ve aldıkları hizmetten sağladıkları faydanın ölçülmesinin imkânsız hale gelmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri, içerisinde hayati riskleri barındırması ve uzmanlar tarafından sunulmasının gerekliliği sebebiyle tekelleşme eğilimi oldukça fazla olan bir sektördür.
- Toplumun sağlık hizmetlerine olan talebi süreklilik göstermediği gibi belirsiz de olabilmektedir. Bu özelliği, sağlık hizmetlerini ilerleyen zamanlarda talep etmesi olası kişilerin, bunun için önceden belirli bir kaynak ayırması ihtiyacını doğurmaktadır.
- Sağlık hizmetleri yapısal olarak kar amacı değil sosyal fayda amacı taşıyan özelliği ile içerdiği maliyet ve kar kavramları, piyasa ekonomisindekinden daha farklı anlamlar taşımaktadır.
- Hastalar, doktorların kendileri için uygun gördükleri sağlık hizmetini almak durumundadır. Bu durumsa sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmadığı anlamına gelmektedir.

Yukarıda aktarılan özelliklere ek olarak sağlık politikasının yapılandırılmasında, sağlık politikası uygulama araçları olarak da tanımlanan finansman, insan gücü ve örgütlenme bileşenleri temel ölçüt olarak kabul edilmektedir (Akdur, 1999: 7).

1.1.4. Sağlık Örgütlenmesi

Zaman zaman organize etme anlamında da kullanılabilen örgütlenme, ülkelerin uyguladıkları politikaların önemli bir aracı olarak kabul edilmektedir. Kavuncubaşı (2000: 152) örgüte yönelik yaptığı, "Ortak bir amaç doğrultusunda bir araya gelen, her birinin belirlenmiş görev, sorumluluk ve yetkisi bulunan, belirlenen amaca ulaşmak için ortak çaba gösteren kişiler veya gruplar arasındaki ilişkileri düzenleyen yapı" tanımında, örgüt elemanları arasındaki ilişkilerin, görev dağılımının ve sorumlulukların önemine dikkat çekmektedir. Örgütlenme ise geniş anlamda, önceden belirlenmiş toplumsal amaçları gerçekleştirmeye yönelik sosyal üniteler kurulmasını, geliştirilmesini, düzenlenmesini, üniteler arasında görev dağılımının tahsisini ve koordinasyonunu ifade etmektedir. Toplumun genelinin güncel ihtiyaçlarını karşılamasına yönelik kurulan örgütlenmeler; kültürel, sosyal, bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile değişen toplum ve birey ihtiyaçlarına göre zaman içinde değişim gösterebilmektedir. Değişim ve gelişmelerin değerlendirilebilmesi, ihtiyaçların içinde bulunulan zamanla orantılı saptanarak örgütlenmelerin dinamik bir yapı ile gelişim göstermesi, sağlıklı ve yeterli bir örgütlenmenin de temeli olarak kabul edilmektedir (Akdur, 1999: 7).

Bir ülkede, birey ve toplumun yararına yönelik yapılan tüm hizmetlerin en önemlileri arasında kabul edilen örgütlenmeler, sağlık hizmetleri sunumunda da etkin, kaliteli ve doğru yapılandırılması bakımından öncelikli olarak ele alınmaktadır. Sağlık alanındaki örgütlenmelere bakıldığında; hizmet ve ihtiyaçların türü ile gelişimi, kişilerin beklentileri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik durumları gibi çok sayıda faktör tarafından belirlendiği ve toplumlar arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Sürekli değişim ve gelişime bağlı olarak ortaya çıkan bu değişkenlikler, ülkeler arasında sağlık örgütlenmeleri için standart bir model oluşamamasına neden olmaktadır (Sur, 2009: 2).

Sağlık konusu toplumların varoluşundan beri temel bir alan olduğundan sağlığa dair yapılanmalar da toplumlar kadar eskidir. Toplumsal yaşamın her

alanında görülen değişimler sağlık alanına, dolayısıyla sağlık alanındaki örgütlenmelere yansımaktadır. Buna ek olarak bilim ve teknoloji alanındaki değişimler de sağlık alanına ve sağlık örgütlenmelerine doğrudan yansımaktadır (Sur, 2009: 2). Günümüzde hem uluslararası hem de ulusal olarak sağlık alanında yeni ilaçların bulunması birçok sorunda rahatlamaya neden olmuş, anestezi biliminin gelişmesi ile cerrahi alanda gelişmeler hızlanmış ve cerrahi işlemler artmış, laboratuvar olanaklarının artması ile tanılar kolaylaşmış ve tüm bunlara bağlı olarak toplumlarda sağlık hizmeti sunan örgütlerin gerekliliği, önemi ve karmaşıklığı giderek artmıştır. Tedavi edici hizmet alanlarındaki gelişmelerin ve çeşitlenmelerin yanı sıra, evsel atıkların uygun şekilde uzaklaştırılması, haşerelerle mücadele, suların temizliği ve hastalıklarla ilişkisinin önemi, aşılama ile hastalıkların önlenmesi gibi koruyucu hizmetler, sağlık örgütlenmelerinde gelişim ve değişime yol açmıştır. Bahsi edilen değişimlere ve karmaşıklığa rağmen WHO'nun açıklamalarında da önemle belirtilen temel nokta, sağlık örgütlenmeleri yapılandırılırken sunulabilen en üst seviyede, toplumun tamamına yönelik, gerekli olan yerde ve yeterlilikte olması şeklindedir (Aksakoğlu, 2003: 1).

Günümüzde ülkeler sağlık hizmetleri örgütlenmesini kamu ve özel sektör olarak iki kısımda gerçekleştirmektedir. Bu sektörlerden birisi tek başına temel alınabildiği gibi her ikisi birlikte de uygulanabilmektedir. Örneğin sosyal devlet kavramının hâkim olduğu Avrupa ülkelerinde sağlık alanındaki hizmetlerin örgütlenmesi devletin kontrolünde ve sigortacılık zemininde gelişirken, ABD'de piyasa kurallarına bağlı kalmıştır (Akdur, 1999: 8).

Türkiye'de sağlık sektörünün örgütlenmesinde resmi, yarı resmi ve özel kuruluşlar yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı dışında kalan resmi, yarı resmi ve özel kuruluşlar genellikle hastane hizmeti üretmekte ve sınırlı alanda hizmet vermektedir. Dolayısı ile Türkiye'deki sağlık alanındaki hizmetlerin temel çatısını oluşturan örgüt Sağlık Bakanlığı'dır ve Sağlık Bakanlığı yürürlükteki yasalara göre, ülkenin sağlığından sorumlu ve yetkili olan kuruluş konumunda örgütlenmede tepe noktasındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 103-104).

1.1.5. Sağlık Sistemleri

Sistem, bir veya birden fazla amaca ulaşmak için birbirine bağımlı bileşenlerin oluşturduğu düzen olarak tanımlanmaktadır. Etkin ve uygulanabilir bir sistemin bilinen en temel 4 ilkesi; verimlilik, etkililik, insancıllık (sunuş kalitesi) ve hakkaniyettir. Bu temel ilkelerle birlikte sistemi oluşturan parçaların birbirleri arasındaki bağ ile çalışma şekilleri, sistemin verimliliğini ve sonuçlarını etkileyebilmektedir (Atabey, 2012: 37). Sağlık sistemi ise yukarıda bahsedilen genel sistem tanımı, ilkeleri ve sistem çalışma özelliklerine göre farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Ülkelerin uygulamakta oldukları sağlık sistemlerini kategorize edebilmeleri ve karşılaştırabilir hale getirebilmeleri açısından tanımlamalar önem taşımaktadır.

WHO'nun 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu'na göre sağlık sistemi; birincil amacı sağlığı korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan sistem olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım kapsayıcı niteliği en fazla olan açıklama olarak kabul edilmektedir. Bu raporda sağlık sisteminin amaçları asıl ve yardımcı amaçlar olarak ayrılmıştır. Sağlığın sürekli olarak geliştirilmesi, bireylerin beklentilerine cevap verebilir düzeyde olması ve kişilere göre adil finansman uygulanması temel amaçlar olarak; sağlık hizmetlerine ulaşım, özellikle koruyucu hizmetlere toplumun tamamının katılabilmesi, hizmetin sürekliliği, teknolojik gelişim ve değişimlere cevap verebilecek nitelikte olması da yardımcı amaçlar olarak belirlenmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 371). Söz konusu raporda, sağlık durumunu geliştirmeye yönelik tüm unsurların, yapısal olarak amaç ve değerlerinden büyük oranda etkilendiği vurgulanarak, sistemin amaçlarının tam ve uygulanabilir olması gerektiği üzerinde önemle durulmaktadır (Belek, 2001: 130).

Ülkeler uyguladıkları sağlık sistemlerinin, yukarıda belirtilen amaçlara ulaşması için öncelikli olarak hizmetin sağlanması, kaynakların hazırlanması, finansman, yönetim ve düzenleme olarak sınıflandırılan sistem fonksiyonlarını yerine getirmek zorundadırlar. Bu fonksiyonlardan diğer fonksiyonları gözeterek sağlık

çıktılarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen yönetim ve düzenleme; Sağlık Bakanlığı gibi kurumsal örgütlenmelerin görev alanlarındaki idare ve düzenlemelerini içermektedir. Sistemin geçerliliği ve sürekliliği açısından önem taşıyan finansman fonksiyonu; gelir toplamalar, sigortalar, sivil toplum kuruluşları ve bağış kurumlarından gelen mali transferler, satın almalar, fonlar gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 373). Sistemin hizmet sağlama fonksiyonu ise, birey ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik olarak yapılan faaliyetlerin tamamı olarak değerlendirilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 95-96).

Sağlık sistemine temel oluşturan ve sistemin girdileri olarak da adlandırılan insan gücü (sağlık çalışanları), bilgi, sağlık hizmeti sunan yapılar (sağlık ocakları, klinik, hastane,vb.) ve tıbbi olan her türlü malzeme sistemin kaynaklar fonksiyonunu; üretilen kaynakların planlı, sistemli ve uyum içerisinde sunulması süreci ise örgütlenme fonksiyonunu ifade etmektedir (Akdur, 2006: 19-20). Bu kaynakların üretimini ve sunumunu Sağlık Bakanlığı, kamuya bağlı örgütlenmeler (üniversiteler, kamu hastaneleri, vb.), sağlık sigortası uygulamaları, kar amacı gütmeyen kurum ve kuruluşlar ile özel sektör yerine getirmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 376; Sargutan, 2006: 26).

Bir ülkede sağlık sisteminin etkinliği, mevcut sağlık durumunu yükseltmek olan amaca ulaşılabilirliği ile ölçülebilmektedir. Bu ölçüt uluslararası karşılaştırmalar sonucunda ülkedeki sağlık durumunun tespiti ile mümkündür. Ortalama yaşam süresi, bulaşıcı ve kronik hastalıklarla mücadele, anne ve bebek ölüm hızı gibi kişisel kriterlerin yanında çevreye ve hizmetin niteliğine göre (temiz su, hekim başına düşen hasta sayısı, vb.) olan kriterler tüm ülkeyi kapsaması halinde uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan yapısal ölçütlere örnek olarak gösterilmektedir (Atabey, 2012: 40). Sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcama, sağlığa ayrılan kamu bütçesi, ekonomiklik, mali kaynakların niteliği, kişi başına düşen sağlık giderleri ve hastalıkların kamuya olan parasal yükleri gibi birçok unsur da sistemin mali ölçütlerine girmektedir (Sargutan, 2005: 406-407).

Yapısal ve mali ölçütlerin yanında ülkelerin sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik temel yaklaşımlar, yıllar boyunca farklı ölçütler ele alınarak araştırma çalışmaları içinde yer almıştır. Bu ölçütler çoğunlukla ülkelerin politik ve ideolojik yapıları, sendikalar, demokrasi, insan hakları, dinsel yönelimler, etnik yapılanmalar ile kültürel gelenekler dikkate alınarak oluşturulmuştur (Kılıç ve Aksakaloğlu: 1994: 5).

Tüm sağlık sistemlerinde, yapısı ve özellikleri devletin sağlık hizmetlerinde bulunma derecesine göre değişebilen, açık ya da gizli bir özel sağlık piyasasının bulunduğuna inanan Roemer, literatürde en çok kabul gören nihai ve 165 bağımsız dünya ülkesini kapsayan sınıflandırmasını 1993 yılındaki çalışmasında ortaya koymuştur. Bu sınıflandırma, ulusal sağlık sistemleri adı altında, devletin sağlık piyasasına müdahale derecesine, ekonomik seviyeye ve sağlık sistemi politikalarına göre oluşturulmuştur. Buna göre sağlık sistemlerini,

- Girişimci ve Serbest Piyasa Tipi (Kapitalizm ve Liberalizm),
- Refah Yönelimli,
- Genel ve Kapsayıcı,
- Sosyalist ve Merkezi Planlı Sağlık Sistemleri olarak devlet yönetiminin

en az olduğu sistemden en merkeziyetçi sisteme göre sınıflandırmaktadır (Çelebi ve Cura, 2013: 52).

Normand C. ve S. Thomas ise sağlık sistemlerinin bütünüyle serbest piyasa tarafından yönetildiği ülkelerde bile az da olsa kamunun, hizmetin tamamen devlet idaresinde olduğu ülkelerde de bir miktar özel sektörün yer aldığını savunarak ülkelerde tek tip sağlık sistem modeli uygulanmadığını ifade etmişlerdir. Kamusal sektörün yanında özel sektörün sisteme olan faydalarını performans üzerine etkileri açısından değerlendirmişler, kamunun yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğine odaklanmasına ve özel sektörün yeni kaynaklar yaratmasına yardımcı olabileceğine dikkat çekmişlerdir. Roemer'in sınflandırmasına göre Refah Yönelimli sağlık sistemi sınıfına giren Türk sağlık sisteminde kamu sektörü talepte

ağırlıklı olurken arzda daha az bulunmaktadır. Özel sektör ise talepte yeri artmakla birlikte arzda daha fazla çeşitlilik sunmaktadır (Atabey, 2012: 46). Refah Yönelimli sağlık sistemleri, "hastalık durumlarını kapsayan zorunlu, çalışan, işveren ve devlet tarafından ek prim ödemeli sosyal sigortası ağırlıklı sağlık hizmeti talebi" olarak açıklanabilir. Diğer bir ifadeyle devletin sağlık hizmetlerini, kamu adına ve yararına uyguladığı zorunlu ve primli sağlık sigortası yoluyla kişilere sunmayı hedeflediği sağlık sistemleridir. Bu modelde sağlık hizmetleri, kamu görevi olarak kabul edilmiştir. Kişilerin hiçbir ödeme yapmadan yararlandıkları kamu kaynaklı sağlık hizmetlerinin yanında (kanser tedavi seçeneklerinden olan kemoterapi, radyoterapi, cerrahi vb. bu hizmetler arasında bulunmaktadır), zorunlu ve bazı primler karşılığında, tedavi ağırlıklı birtakım hizmetlerden yararlanmaları da esas alınmaktadır (Sargutan, 2004: 45; Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016: 773).

1.2. Sağlık Hizmetlerine Teorik Bakış

İkinci Dünya Savaşı sonrasında birçok ülkede görülen olumsuz sağlık koşulları, bulaşıcı hastalıkların uluslararası etkilerinin gözlenebilmesi gibi sorunlar sağlık hizmetlerinde kamu sorumluluğunun, bu hizmetleri içine alan tüm sektörel faaliyetlerin ve dolayısıyla sağlık sistemlerinin üzerinde daha fazla durulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Buna ek olarak hızlı gelişen teknoloji, yükselen sağlık talep ve harcamaları da konuyla ilgili destekleyici etki göstermiştir. Ülkeler bu tür sorunlara çözüm bulmaya çalışırken savaş sonrasında artarak devam eden bilgi iletişim ortamının da etkisiyle, diğer ülkelerin sağlık sistemine yönelik aldıkları tedbirler konusunda gözlem yoluyla karşılaştırma, kıyaslama, genellemeler yapmış, her yönden sağlıklı bir toplum için etkin, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetlerine gereken önemi vermeye başlamışlardır (Sargutan, 2005: 82).

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık alanındaki mal veya hizmetler, taşıdığı farklı özelliklerden dolayı ekonomik anlamda üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak ele alınmaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 11). Buna göre sağlık hizmetlerinin sosyal

özelliğe sahip olması ve nüfusun tümünü ilgilendirmesi hizmetin temel özellikleri olarak değerlendirilirken, bireyin kişisel ve sosyal özellikleri, hizmete ulaşmasına ve aldığı hizmetten tatmin olmasına olanak sağlayan araçlar, hastalığın ortaya çıkışından sonraki gereksinimleri hizmet kullanımını belirleyen ana faktörleri oluşturmaktadır. Mutlu ve Işık (2012), sağlık hizmetlerinin özelliklerini sekiz başlıkta toplamıştır:

- Kamusallık Özelliği
- Dışsallık Özelliği
- Yararlı Hizmet Olma Özelliği
- Devlet Müdahaleleri
- Belirsizlik Altında Seçim
- Asimetrik Bilgilenme
- Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi
- Sağlık Hizmetinin Yetersiz Tüketiminin Toplumu Etkilemesi

İlk özelliği oluşturan kamusallıkta, sunulan mal ve hizmetlerin fiyatlandırılabilirliği ve faydalanacaklarda dışlamanın olup olmaması önemlidir. Savunma, güvenlik, adalet hizmetleri, dışlama ve kişiye göre farklı fiyatlama olmadığından tam kamusal hizmet özelliğindedir. Hâlbuki sağlık mal ve hizmetleri, bölünebilen ve pazarlanabilen özelliğiyle yarı kamusal mal/hizmet özelliğindedir. Buna göre bölünebilme ve fiyatlandırma özelliği ile özel mal, sosyal fayda sağladığı için de kamusal mal niteliğindedirler. Özetle koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mal sayılırken tedavi edici sağlık hizmetleri yarı kamusal mal niteliği taşımaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 46-48).

İkinci özelliği oluşturan dışsallık, bir ekonomik unsurun başka ekonomik unsurları, piyasa dışı yollardan olumlu ya da olumsuz etkilemesidir (Çelikay ve Gümüş, 2011b: 181). Sağlık hizmetleri yerel düzeyde özel faydaları bulunan, tüketiminde rekabet bulunması ve hariç tutulabilme özellikleriyle de piyasada üretilebilen hizmet konumundadır. Sağlık hizmetlerinin hem ulusal hem de

uluslararası iki önemli dışsallığının varlığı, ona uluslararası kamusal mal niteliği kazandırmaktadır. Örneğin bulaşıcı hastalıklar, sadece hastayı ve yaşadığı ülkeyi değil küresel ölçekte tüm insanlığı tehdit edebilmektedir. Sağlık küresel kamusal malı, tüm dünyaya dışsallık yaydığı gibi nesiller arası etkilere de sahiptir. Bazı hastalıklar, genetik nitelik kazanarak sonraki nesillere aktarılabilmektedir. Bu gibi dışsallıkların azaltılması için uluslararası ölçekte çözüm aranması ve kaynak tahsis edilmesi gerekmektedir (Mutlu, 2006: 58; Çelikay ve Gümüş, 2011b: 182).

Üçüncü özelliği oluşturan yararlı hizmet olma özelliği, hizmeti alan kişinin yanında topluma da fayda sağlamasındandır. Toplumu oluşturan her bireyin alma hakkına sahip olması gereken yararlı sağlık hizmetleri, devlet tarafından desteklenmeli, kişinin talebi ya da ekonomik durumu dikkate alınmadan teşvik edilmeli ve gerekli durumlarda zorunlu kılınmalıdır (Aktan, 1999: 177).

Dördüncü özelliği oluşturan devlet müdahaleleri, sağlık piyasasında yetki belgelerinin ve diplomalarının istenmesi ile başlamaktadır. Devletin uyguladığı bu ilk müdahalenin yanında 18 yaş altı çocuklara ücretsiz hizmet verilmesi, gazilere ve şehit ailelerine uygulanan hizmetler, finansal yardımlar ve sağlık sigorta uygulamaları müdahalenin diğer ayağını oluşturmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 53). Sağlığı geliştirmeye yönelik tutumlarla birlikte yaşam kalitesi de sağlık hizmetlerinin önemli bir hedefi olmaktadır (Koçoğlu ve Akın, 2009: 146).

Beşinci özelliği oluşturan sağlık hizmetlerinin soyutluğu, hizmet alımı öncesinde görülemeyeceği, hissedilemeyeceği anlamına gelmektedir. Örneğin, estetik ameliyatı olan birey, bu hizmeti satın almadan onun sonuçlarını bilmemektedir. Buna göre sağlık hizmetlerinin soyutluğu ve altıncı özelliği oluşturan asimetrik bilgi ise birbirini tamamlayan iki durumu ifade etmektedir. Asimetrik bilgi, hastaların hastalıkları konusunda az bilgi sahibi olarak tedavi ve uygulamalar konusunda karar vermek durumunda kalması olarak ifade edilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 57).

Yedinci özelliği oluşturan hastalık riskinin ve tüketiminin belirlenememesinde sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağı önceden tahmin edilememektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ne kadar uygulansa da hastalıklara yakalanma riski ve tehlikeleri süreklidir (Mutlu ve Işık, 2012: 58). Sağlık hizmetleri, niteliği gereği eksik rekabet koşullarına sahip piyasa mekanizmasından oluşmaktadır. Her ne kadar sağlık hizmetlerini talep eden birçok ekonomik birim olsa da, arz yönünde sınırlı sayıda hizmet veren sağlık kuruluşlarının hâkimiyeti bulunmaktadır. Bu sebeple sağlık sisteminde, özellikle hizmet arzının talebi karşılayamaması sorunuyla karşılaşılmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2011b: 183).

Sekizinci özelliği oluşturan sağlık hizmetlerinin yetersiz tüketiminin toplumu etkilemesi, hizmetin dışsallık ve kamusallık özellikleri sebebiyle yeterince sunulamadığı veya tüketilemediği takdirde toplumun tümünün zarar görebilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri piyasaları, özellikleri göz önüne alındığında diğer piyasalardan farklı olarak toplumun her kesimini etkilemektedir. Bu durumlarda ücretsiz sağlık hizmetleri, sigorta önlemleri, hastalıklardan korunma ve önleme tedbirleri önlemlerini almak önem arz etmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 59). Finansal yetersizlikler, sağlık hizmetlerine harcanan emeğin ve paranın artması ile kaliteli hizmet sunma gayreti sağlık piyasalarını etkilemektedir. Doktorların farklı uygulamaları hizmetlerin nitelik ve maliyetlerini etkilemekte ve bu yüzden de sağlık piyasalarında zaman zaman denetim sorunu ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle devlet tarafından ve bazı kontrol mekanizmalarınca sağlık piyasalarının denetim altında tutulmasına önem verilmektedir (Çelen, Teke ve Cihangiroğlu, 2013: 465).

1.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kişilerin ve oluşturdukları toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlığını korumak, ortaya çıkan hastalıkları tedavi ederek sağlığın sürekliliğini sağlamak amacı ile sunulan sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 52).

Koruyucu sağlık hizmetleri; birey ve toplumda hastalıklara karşı alınacak her türlü tedbir ve korunma yöntemlerini içeren, bireylerin kendisinde ya da çevresindeki olumsuzlukları gidermeye çalışan, kişisel başvuru gerektirmeyip devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Kişinin ve toplumun hem kısa hem de uzun vadede oluşabilecek hastalık riskini en aza indirgemeyi ve bunun sonucunda da sağlıklı, yaşam standardı ve enerjisi yüksek bir toplum oluşturmayı amaçlayan bu hizmetler, tüm topluma fayda sağladığı için sosyal faydası diğer hizmetlere göre özel faydasından daha fazla olan hizmetlerdir (Aktan ve Işık, 2007: 3). Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetleri, çevresel ve kişiye yönelik olarak iki şekilde sağlanmaktadır:

Çevresel sağlık hizmetleri; sağlık sektörü ile diğer meslek grupları ve kurumlarla ortaklaşa çalışmayı gerektiren, sağlığı olumsuz yönde etkileyen fiziksel, sosyal, biyolojik ve ekonomik tüm etkenleri gidermeye ve sağlıklı bir çevre oluşturmaya çalışan hizmetlerdir. Atıkların kontrol ve denetimi, gıda kontrolü, temiz su ve hava temin edilmesi, gürültü kirliliği ile mücadele, radyolojik yönden zararlı gazların önlenmesi, çalışma güvenliğinin sağlanması ve bu konularda eğitim verilmesi gibi hizmetler çevresel sağlık hizmetlerine örnek olarak gösterilmektedir (Akdur, 2005: 12).

Sağlıklı olmanın öncelikle bireysel bir sorumluluk olarak düşünülmesini tüm topluma kazandırmayı amaçlayan ve aşılama, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi, erken tanı ve tedavi, aile planlaması, bireysel hijyen ve ilaçla korunma gibi bir çok hizmeti kapsayan hizmetler ise kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995: 42). Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda rol alan birimlere sağlık ocakları, kurum revirleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, sağlık evleri, aile planlaması merkezleri, dispanserler, çevre sağlığı birimleri ve laboratuvarlar örnek olarak gösterilebilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 36).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte tanı ve tedavi sürecinde yapılan tüm sağlık hizmetlerini içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine oranla daha fazla maliyet ve organizasyon gerektirirken serbest piyasa koşulları açısından daha cazip konumda olması nedeniyle kamunun yanında özel sektör tarafından da sunulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 39). Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin üst basamağını oluşturmakta ve koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içermektedir (Güllülü vd., 2008: 44). Hastalıklar tedavi edildikten sonra bireylerde ortaya çıkan verimlilik artışı sosyal faydada pozitif sonuçlar doğursa da sağladığı dışsal fayda koruyucu hizmetlerdeki kadar fazla değildir (Aktan ve Işık, 2007: 3). Asıl olarak doktor sorumluluğunda ve diğer sağlık çalışanlarının desteğiyle sağlanan tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır (Turan, 2004: 13-14; Aydın ve Hatırlı, 2003: 130-132).

Birinci basamak sağlık hizmetleri; bireylere ihtiyaç duydukları yerde ve yeterlilikte sağlık hizmeti sunan ekip hizmetleridir. Hasta bireylerin hastanelere gitmeden önce evde veya ayakta muayene edilmelerini, yapılan muayene sonucunda gerekirse hastanelere sevk edilmelerini sağlayan birinci basamak sağlık hizmetlerine; acil ve ilk yardım sağlık hizmetleri, sağlık kontrolleri, ayakta teşhis ve tedavi, hasta sevk etme ve takip hizmetleri, ambulans ile evde bakım hizmetleri örnek olarak verilebilmektedir. Bu hizmetler Türkiye'de önceleri sağlık ocaklarında verilirken günümüzde toplum sağlığı merkezleri, aile hekimlikleri ve özel polikliniklerde sunulmaktadır (Aksakaloğlu, 1996: 57).

İkinci basamak sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık hizmetleri sonucunda iyileşemeyen hastaların sevk edildikleri hastanelerde, uzman hekimler tarafından gerektiğinde yatırılarak tedavi edilme süreçlerini kapsayan hizmetlerdir (Turan, 2004: 13). İleri düzeyde teknoloji gerektirmeyen ikinci basamak sağlık hizmetleri, Türkiye'de devlet hastaneleri, aynı düzeydeki yataklı sağlık kuruluşları ve özel hastanelerde verilmektedir (Hayran ve Sur, 1998: 18).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklara yönelik olarak yapılan, uzmanlık ve teknoloji gerektiren, profesyonel sağlık çalışanları tarafından üniversite ve özel dal hastaneleri gibi eğitim ve araştırma hastanelerinde sunulan hizmetlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 2).

Rehabilitasyon hizmetleri; bireylerde çoğunlukla kaza ve hastalıklar sonucunda gelişen, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini almalarına rağmen sakatlık ve işlevselliği kaybetme gibi kalıcı bozukluklar oluşması durumunda, kaybedilen özellikleri ve çalışma gücünü yeniden kazandırmayı amaçlayan hizmetlerdir. Esenlendirme hizmetleri olarak da isimlendirilen rehabilitasyon hizmetleri, aynı zamanda sakatlıkların günlük hayata olan etkisini yok etmek ya da en aza indirgemek, bireyin fiziksel ve ruhsal açıdan bağımlı olmasını engellemek için yataklı veya yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sunulmaktadır (Güllülü vd., 2008: 45). Bu hizmetler tıbbi ve sosyal olarak ayrılmaktadır. Fiziksel sakatlıkları düzeltmeye yönelik olarak yapılan hizmetler tıbbi; sakat veya engelli bireylerin günlük hayata katılması, işlerine uyum sağlamaları, yeni iş bulmaları veya iş öğrenmelerine olanak sağlamak için sunulan hizmetlerse sosyal rehabilitasyon hizmetlerini oluşturmaktadır (Hayran ve Sur, 1998: 19).

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

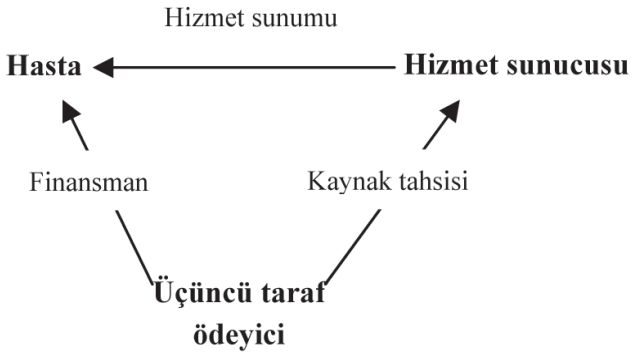
Ülkelerin uygulamakta olduğu sağlık politikalarının en önemli konuları arasında yer alan sağlık hizmetleri finansmanı ve harcamaları hemen her ülkede farklılık gösterebilmektedir. Gelişen teknoloji ile birlikte yaşam süresindeki artış ve hastalıklarda oluşan değişiklikler konuya ilişkin sürekli düzenlemeler yapmayı zorunlu kılmaktadır (Tatar, 2011: 103).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, en yalın hali ile hizmeti verenler ile finansmanını sağlayanlar arasında kaynak transferi olarak tanımlanırken bir başka ifade ile sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan masrafları karşılamak için gereken kaynakların oluşturulması ve yönetilmesi olarak açıklanmaktadır. Ülkelerin

sahip oldukları, demografik yapı, nüfus, gelişmişlik düzeyi, mali yapı, hizmet sunucusu ve tüketici davranışları, ortalama yaşam süresi ile politik yapı, uygulayacakları finansman yöntemlerinin belirleyici faktörleri olarak gösterilmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi ve bu yöntemin topluma getirdiği ekonomik yük de, hizmetin kalitesinin, erişiminin ve adil olmasının göstergesi olarak kabul edilmektedir (Tatar, 2011: 104; İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 94).

Sağlık finansmanın yeterli ve etkin bir şekilde yapılamaması sağlık hizmetlerinin sunumunu aksatacak ve bireylerin en temel hakkı olan sağlıklı yaşam hakkının sağlanamaması sonucunu doğuracaktır. Ülkeler etkin ve uygulanabilir bir sağlık sistemi finansman yöntemi ile bireylerin ödeme olanağına sahip olmadığı sağlık hizmetini kullanamaması ya da sağlık hizmetleri için yaptıkları ödemelerden dolayı yoksullaşması gibi sorunları azaltabilmekte ve hatta ortadan kaldırabilmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135).

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetini sunanlar ile hizmetten yararlananlar arasında üçüncü bir taraf olarak ödeyici vardır. Ödeyici olan üçüncü taraf, hizmet alanla hizmet veren arasındaki ücret ödeme işlemini tamamen ya da kısmen ortadan kaldırmaktadır. Bunun en önemli nedeni kişinin sağlık hizmetine ne zaman ihtiyaç duyacağının ve ihtiyaç duyduğunda hizmet karşılığında ödemesi gereken maliyetin belirsiz olmasıdır. Bu maliyetler çoğunlukla kişinin katlanabileceğinin üzerinde olmakta ve üçüncü taraf ödeyici olmazsa bireyin sağlık hizmetini ihtiyaç duyduğundan daha az almasına veya hiç alamamasına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti sunan ve alan arasında üçüncü taraf ödeyicilerin olması, bireyler arasında risk paylaşımını sağlaması açısından da önem taşımaktadır (Atabey, 2012: 31).



Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: Tatar, Mehtap, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), Ankara 2011, s.103-133.

Sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin tamamı ya da bazıları bir ülkede aynı anda farklı oranlarda bulunabilmektedir. Bu nedenledir ki ülkeler uyguladıkları finansman yöntemlerine göre sınıflandırılırken sistemde ağırlıklı olarak hangi model uygulanıyorsa o finansman yöntemi sınıflandırmada belirleyici olmaktadır. Örnek olarak İngiltere'de finansmanın vergilerle gerçekleştirilmesine karşılık Almanya'da sosyal sigortalar, ABD'de ise özel sigortalarca gerçekleştirilmesi bu ülkelerin sınıflandırılmasında farklılığa yol açmaktadır (Tatar, 2011: 104).

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Günümüzde etkin, etkili ve yeterli sunulan sağlık hizmetleri, toplumun gelişmişlik düzeyinin değerlendirilmesinde ölçüt olarak kabul edilmekte ve toplumun refah seviyesini yükselten unsurlardan biri olarak kabul edilmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 47). Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti sunumunda çoğunlukla kamu ve özel sektörün yer aldığı karma bir sistem yer alırken bu durum gelişmekte olan ülkelerde kamunun daha fazla yer aldığı bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır (Altay, 2007: 35).

Sağlık hizmetlerinin kamu aracılığı ile sunumu, daha çok koruyucu sağlık hizmetlerinin üretilmesinde görülmektedir. Özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında yapılan aşılama gibi faaliyetler bütünüyle devlet tarafından sınırsız olarak gerçekleştirilen faaliyetlerdendir. Finansmanı tamamıyla vergilerle sağlanan bu yöntemde sağlık hizmetleri, merkezi veya yerel yönetimlerin himayesinde olan sağlık ocakları, poliklinikler ve hastanelerce sunulmaktadır (Altay, 2007: 36). Koruyucu sağlık hizmetlerine ek olarak tedavi hizmetleri alanında da devletin katkıları oldukça fazladır. Ayrıca devlet sağlığın, toplumu oluşturan kişilerin doğuştan kazandığı temel haklarından biri olduğunu göz önünde bulundurarak, sağlık hizmetinden yararlanamayacak durumda olan bireylere destek olmak ve hizmeti etkin bir şekilde sağlamak durumundadır. Bu durum uluslararası platformda da genel kabul görmüş bir uygulamadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 153).

Sağlık hizmetlerinin kar amacı ile özel birimler tarafından ücret karşılığında sunumundaysa ödeyici olarak sigorta kurumları gibi üçüncü taraf bulunabilmektedir. Sağlık hizmetleri bireysel olarak sunulabilen, arz talep dengesine göre fiyatlandırılabilen, alınıp satılabilen ve piyasa özellikleri bakımından rekabete dayalı diğer piyasa koşullarından farklı özellikler barındıran bir yapıya sahiptir (Altay, 2007: 37).

Sağlık hizmetlerinin içeriğinde homojenlik olmaması hizmeti alanların yeterli bilgi sahibi olamamalarına ve seçim yaparken rasyonel düşünememelerine yol açarken, serbest piyasada olduğu gibi büyük reklam kampanyaları, maliyet fayda ilişkisi ve ücrete dayalı rekabet faaliyetleri olmaması da bu duruma zemin oluşturmaktadır. Yaygın olarak bilinen bu özelliklerden rekabet şartlarının değişmeye başladığı, son yıllarda etkisi iyice artan küreselleşmenin uluslararası alanda sağlık hizmeti piyasasının pazar payını artırdığı ve bu alanda büyük karların beklendiği ileri sürülmektedir (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 91-92). Bu yöntemlere ek olarak birçok ülkede ağırlıklı olmasa da sağlık hizmetlerinin sunumunda uygulanmakta olan alternatif sunum yöntemleri;

- Devlet tarafından ücret karşılığında sunulması yöntemi,
- Merkezi yönetimce verilen yetki dâhilinde yerel yönetimler tarafından sunum yöntemi,
- İhale yöntemi,
- İmtiyaz yöntemi,
- Yönetim devri,
- Sübvansiyon yöntemi,
- Kupon yöntemi,
- Kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlarca sunum,
- Kiralama,
- Ortak girişim,
- Yap-İşlet-Sahip Ol ya da Devret Yöntemi olarak sıralanmaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 15-18).

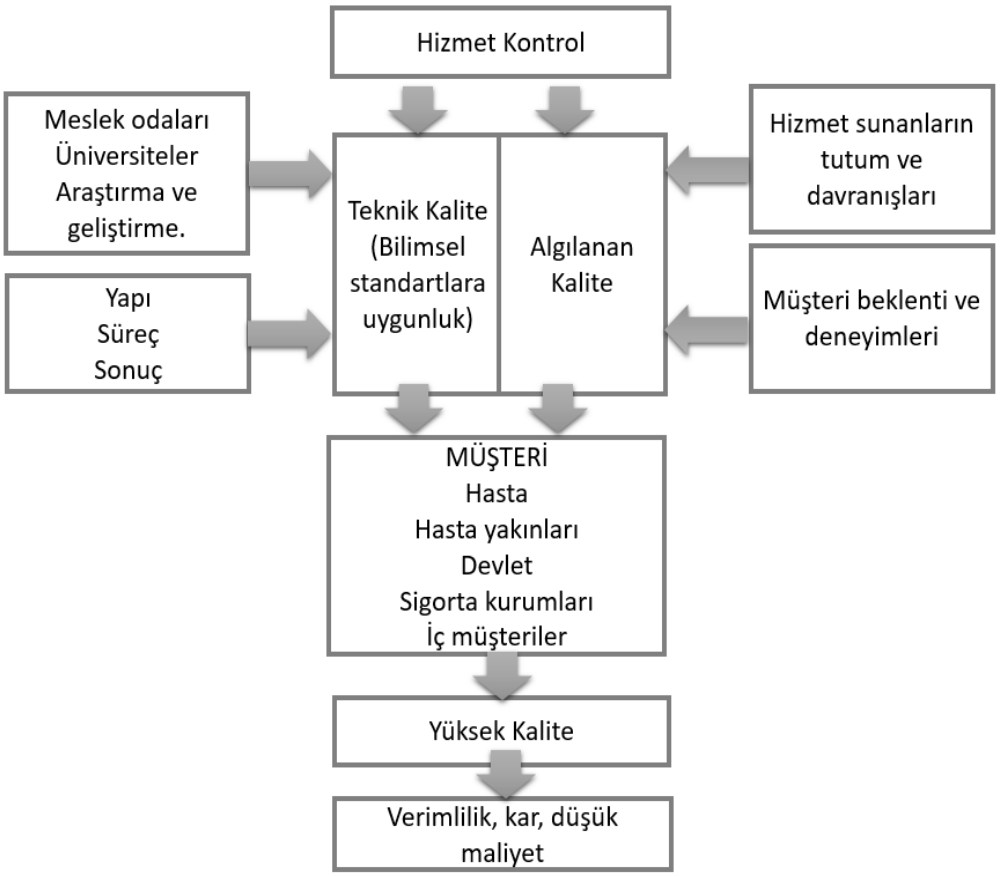
İKİNCİ BÖLÜM
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ

Bu bölümde, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti ile ilgili genel bilgiler verildikten sonra uygulamanın yapıldığı kanser hastalarının geçirdiği psikolojik süreçler ve destek tedavileri konusunda kısaca bilgi verilmiştir. Bu kapsamda "Sağlık Hizmetlerinde Kalite" başlıklı ilk kısımda sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri ve kalite boyutları incelenmiştir. "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti başlıklı ikinci kısımda sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin önemi, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler ve ölçüm yöntemleri aktarılmıştır. "Kanser, Destek Tedavi ve Önemi" başlıklı üçüncü kısımdaysa, kanserli hastaların yaşadığı psikolojik süreçler ve hastalığa tepkileri ile kanserde psikolojik ve sosyal destek konularının aktarımı gerçekleştirilmiştir.

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık sektörünün tüm dünyada görülen teknolojik ve ekonomik gelişim içerisinde yer alması, piyasa ekonomisindeki pay artışı, insana verilen değerin artmasıyla birlikte ortalama yaşam ömrünün uzaması, sağlık hizmetlerinin insan hayatıyla ilgili olması ve hata kabul etmemesi gibi nedenler sağlık sunumunda kalitenin önemini giderek artırmaktadır. Bu nedenle kalite standartlarının oluşturulması, en iyi hizmetin sunulması, izlenmesi ve değerlendirilmesi gibi konularda yapılan reformlar sağlık hizmetlerinin yapısal özellikleri göz önünde bulundurularak yapılandırılmalıdır. Bunların yanında hizmetin sürekliliği, maliyetlerin artışı, artan sağlık problemleri sonucunda hizmete yönelik talep artışı ve asimetrik bilgi problemleri gibi nedenler, sağlık hizmetlerinde kalite sağlamanın zor ve karmaşık bir süreç haline dönüşmesine yol açmıştır (Kayral, Beylik ve Orhan, 2016: 7).

Sağlık hizmetlerinde kalite olgusu ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Konuya yönelik yakın geçmişte yapılan çalışmalara bakıldığında 19. yy'da Florans Nightingale'in, İngiltere'de bulunan hastanelerde yaptığı sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmaları ile Avedis Donabedian'ın kalitenin yapı, süreç ve sonuçtan oluştuğunu ileri sürdüğü sağlığa yönelik kalite çalışmaları önem taşımaktadır (Kaya, 2005: 18). Donabedian'a göre işbirliğini sağlamak adına yapılan tüm hizmetler yapı aşamasını, sağlık hizmetinin nasıl ve ne şekilde yürütüleceği süreç aşamasını, hizmet sonrasında hastada görülen iyileşme ve memnuniyet derecesi sonuç aşamasını oluşturmaktadır. Bu üç öğenin birleşimi sonucunda kalite ortaya çıkmaktadır (Arpat vd., 2014: 315). Bir diğer araştırmacı Vincent K. Omachonu 1990 yılında yaptığı bir çalışmasında kaliteyi sentezci yaklaşıma göre değerlendirmiştir. Kaliteli hizmetin teknik (bilimsel standartlara uygunluk) ve sanatsal (beklentileri karşılayacak, ortam, tutum ve davranışlar) öğelerin birlikte uygulanmasıyla elde edildiğini ileri sürmüştür (Kavuncubaşı, 2000: 271). İngiltere'de bulunan National Health Service'e (NHS) göre sağlık hizmetinde kalite, "ilk seferde doğru zamanda doğru işleri doğru kişilere uygulamak" olarak tanımlanırken, ABD'de bulunan Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health), kalite olgusunun güncel bilgiler ışığında tüm sağlık hizmetlerini kapsayan, ölçülebilir, tüm bireylere ulaştırılabilen, belirli bir amaç dahilinde, toplum kültürüne önem veren, bilimsel ve teknolojik olarak paralel gelişen bir yapı içerisinde bulunması gerektiğini vurgulamaktadır (Arpat vd., 2014: 315).



Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belirleyicileri

Kaynak: Kavuncubaşı, Şahin, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi Ankara 2000, s. 271.

Günümüzde insan yaşamını çevreleyen toplum hareketliliğinin ve başarısının nedeni olarak gösterilen, aynı zamanda bir gereklilik olarak da önerilen kalite kavramı sağlık hizmetleri açısından; hastaların tıbbi bakıma yönelik talep ve değerlendirme yapma olanağının diğer kamusal hizmetlere oranla yok denecek kadar az olması, arzının pahalılığı, talebinin belirsizliği, sosyal amaçlı olması ve tıbbi bakımın teknik ve bilgisel gerçeği gibi nedenlerle nasıl olması gerektiği konusunda halen tartışmaların yaşandığı bir konudur (Kayral vd., 2016: 7). Bu açıdan kalite geliştirme ve sunmada yol gösterici bir yönetim şekli olarak kabul edilen ve hasta talep ve beklentilerine zamanında ve en üst seviyede cevap vermeyi amaç edinen Toplam Kalite Yönetimi (TKY), sağlık hizmeti sunan kurumlarca esas alınmalı ve hizmet sistematik olarak verilmelidir (Aslantekin vd., 2007: 57).

1980'li yıllarda sanayi ve üretim alanlarında uygulanmasıyla düşük maliyetle kaliteli ürün ortaya çıkmasını sağlayan ve hızla diğer alanlarda kullanılmaya başlayan TKY, çalışanların deneyim, yaratıcılık ve akıl gücünü esas alan bir yönetim anlayışıdır (Hayran ve Sur, 1998: 147). Hasta talep ve beklentilerinin doğru zamanda doğru şekilde karşılanması, kalitenin sürekli olarak yükseltilmesi, örgüt katılımının sağlanması, hatanın kaynağında yok edilmesi gerekliliği ve sıfır hata ilkelerini barındırması gibi özellikleriyle sağlık sistemi etkinliğini artıran TKY, birçok ülke tarafından sağlık sektöründe kullanılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 270).

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Avedis Donebedian 1990 yılında yaptığı çalışmasında, sağlık hizmetlerinde olması gereken kalite özelliklerini etkenlik, etkililik, verimlilik, optimal olma, kabul edilebilirlik, yasallık ve eşitlik olarak belirlemiştir. Bu özellikler kalite değerlendirmesinde kullanılan en temel özellikler olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 273-274).

Etkenlik*,* mevcut kaynaklar ve imkanlar kullanılarak hastada ortaya çıkarılan en iyi sonuç yani kurumun mevcut potansiyeli anlamında kullanılmaktadır (Yükçü ve Atağan, 2009: 2).

Etkililik, verilen hizmetin sonucunda amaçlara ulaşma derecesini belirleyen somut gelişmelerdir. Burada amaç hastada görülen en iyi (ideal) hizmet sonrasındaki iyileşmeyi ifade etmektedir. Hastanın aldığı sağlık hizmetinin etkililiği, hastanın durumunda oluşan değişikliğin en iyi hizmet sonrasındaki değişikliğe yakınlığı ile değerlendirilmektedir (Yükçü ve Atağan, 2009: 3).

Verimlilik, verilebilecek en iyi hizmetin en az maliyetle gerçekleştirilmesidir. Aynı hizmeti sunan ve sonrasında aynı sonucu veren iki kurumdan daha az maliyetli olanı daha verimlidir denilebilir (Kavuncubaşı, 2000: 273-274). .

Optimallik, hastaya sunulan hizmetin derecesiyle aynı paralelikte değişen fayda ve maliyet arasında en uygun dengenin sağlanması anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle sağlık hizmetinden kazanılan fayda ve harcanan maliyet arasındaki farkın maksimum düzeyde olmasıdır (Çavuş ve Gemici, 2013: 249).

Kabul edilebilirlik, sağlık hizmetlerinin ulaşımının kolaylığı, sağlık ekibinin hastalara karşı duyarlılığı ve taleplerine karşılık verebilirliği, rahatlatıcı ve güvenli ortam gibi özellikleriyle hasta ve yakınlarının değerlerine uygunluğu olarak açıklanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 275).

Yasallık, sağlık hizmetlerinin toplumun sosyal yaşamı, ilgi, tercih ve kurallarına uygun olarak sunulması, aynı zamanda toplum tarafından kabul edilmesidir (Çavuş ve Gemici, 2013: 249).

Eşitlik, toplumu oluşturan tüm insanların sağlık hizmetlerinden herhangi bir ayrım gözetmeksizin eşit olarak yararlanması anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 276; Çavuş ve Gemici, 2013: 250).

Yukarıda açıklanan özelliklere ek olarak Amerikan Tıp Birliği Konseyi tarafından sunulan bir raporda sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanabilmesi için;

- Erken tanı ve tedavi, mevcut sağlığın yükseltilmesi,
- Doğru zamanda doğru tedavi yapılması ve sürekliliğinin sağlanması,
- Hastaların sürece katılımının sağlanması,
- Tıbbın ilkelerine uygun olarak hareket edilmesi ve kaynakların doğru kullanılması,
- Hastanın psikolojik durumuda dikkate alınarak bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi,
- Kayıtların düzgün tutulması

kriterleri belirlenmiştir (Devebakan, 2006: 129). Bu kriterlerde gözönünde bulundurularak hasta memnuniyetinin temel kavramlarından olan kaliteye yönelik

yapılan çalışmalarda ortak noktanın, sağlık kurumlarının kaliteli hizmet sunabilmeleri için tıbbi bilgi ve bilimsel standartlara uygunluğun yanında hasta ve yakınlarının talep ve beklentilerini de içeren bir yaklaşım sergilemeleri olduğu görülmektedir (Devebakan, 2006: 129).

2.1.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Boyutları

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda yukarıda açıklanan tanımlar ve özelliklere bakıldığında birbirleri ile iç içe geçtiği, tanımların özelliklerin birleşiminden oluştuğu, hizmette kalitenin sağlanması için boyutlarının ve ölçülebilirliğinin ifade edilmesi gerektiği görülmektedir. Donabedian konuyla ilgili 1980 yılında yaptığı çalışmasında teknik boyut, hizmet sunan kurumun fiziksel özellikleri ve ilişkiler olarak kalitenin üç boyutundan söz etmektedir. Cunningham 1991 yılında yaptığı çalışmasında, kalite boyutlarını klinik, ekonomik ve hasta temelli olarak vurgularken, Ovretveit ise 1998 yılındaki çalışmasında yönetim, profesyonellik, hasta kalitesi olarak belirlemiştir. Carman 2000 yılında ABD'de yaptığı bir çalışmada, hastanelerdeki hizmet kalitesini konaklama ve teknik boyut olarak iki kategoride incelemiş, teknik olarak hekim ve hemşire hizmetlerini, konaklama olarak da hastanelerin yönetimsel olan fiziksel özelliklerini ele almıştır. Bunlara ek olarak Legido-Quigley 2000 yılında bazı araştırmacılar ile kurumlar tarafından konuya ilişkin yapılan çalışmaları derleyerek sağlık hizmetlerinde kalitenin farklı boyutlarını özetlemiş ve aşağıdaki tabloyu oluşturmuşlardır (Aslantekin vd., 2007: 62; Kayral, 2014: 390).

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları.

	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	Sağlık Departmanı Birleşik Krallık (1997)	Avrupa Konseyi (1998)	Tıp Kurumu (IOM)	JCAHO (2006)	Kanada Akreditasyon (2012)	Sağlık Bakanlığı Türkiye (2012)
Etkinlik/ Etkililik	•	•	•	•	•	•	•	•
Verimlik	•	•	•	•	•	•	•	•
Erişebilirlik	•	•	•	•	•	•	•	•
Güvenlik	•			•	•	•	•	•
Hakkaniyet	•	•	•		•			•
Uygunluk	•	•	•	•	•	•		•
Zamanlılık			•		•	•		•
Kabul Edilebilirlik		•		•				
Heveslilik/ Duyarlılık/ Hasta Odaklılık		•			•		•	
Tatmin			•	•				•
Sağlıkta Gelişme	•		•					
Süreklilik					•		•	
Diğer		Teknik Yeterlilik		Yarar/ Etki		Hazır Bulunma	Çalışma Yaşamı	
		İlgi				Önleme/Erken Teşhis		

Kaynak: Kayral, İbrahim, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: "Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli", *Verimlilik Dergisi*, 3 (1), Ankara 2014, s. 65-81.

Genel olarak kaliteye yönelik tanımlar, sonrasında ortaya konulan özellikler ve boyutlar birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin hedefleri ile bu hedeflere ulaşmada bu kriterlerin anlamca bilinmesinin önemi görülmektedir. Örneğin hizmette güvenliğin sağlanması, kalite yönünden bir hedef ve gösterge niteliğindedir. Aynı şekilde ulaşılabilirlik, uygunluk, tıbbi etkinlik, teknik kalite ve hasta tatmini gibi kriterler, iyi planlanmış ve uygulamaya geçirilmiş bir sağlık

hizmeti sunumunda ulaşılması gereken hedefler olarak yorumlanmaktadır (Çavuş ve Gemici, 2013: 242; Kayral, 2014: 391).

Amaç ve özellik olarak belirtilen sağlık hizmetlerinde ***ulaşılabilirlik*** kalitesi, toplumun tüm bireylerinin ihtiyaç duydukları zamanda sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini ifade ederken, hizmet verilen kurumun iç ve dış yapısının olabilecek tehlikelere karşı korunaklı olması, ***güvenlik*** kalitesini göstermektedir. Burada önemli olan bir diğer konu sağlık personeli ile hasta ve yakınlarının güvenlik konusunda bilgilendirilmelerinin önemi ve gerekliliğidir. ***Uygunluk*** boyutu, verilen tedavi şeklinin hastanın durumuna ne derecede uygun olduğu, ek bir tedavi yönteminin gerekip gerekmediği ve bu süreçte tedaviden kaynaklanan ne gibi sorunlar çıkabileceği konusunda netlik sağlanması konularını içermektedir. Önlem alma ve değerlendirmeye göre belirlenen ***teknik kalite*** boyutu ise hizmet sürecinde yaşanabilecek olası sorunlara karşı önlem alınması, alınan bu önlemlerin ne derece etkili olduğu konusunda değerlendirme yapılması ve değerlendirme sonucuna göre yapılan kalite artırma çalışmalarını içermektedir. Hizmetin ***tıbbi etkinlik*** boyutu, uygulanan tedavi yönteminin hastada iyileşmeye neden olup olmadığı ya da hastalığın ilerlemesine engel olup olmadığı gibi tıbbi tedavi etkinliğine yönelik olmakta ve kalite değerlendirmesinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Son olarak açıklanan 5 kalite boyutunun hasta tarafından nasıl algılandığını içeren, aynı zamanda bir özet niteliğini de taşıyan ***hasta tatmini*** boyutu ise genel bir değerlendirme göstermesi yönünden önem taşımaktadır. Bu değerlendirme hastanın aldığı sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyini, ihtiyaç duyduğunda aynı kuruma başvurup başvurmayacağını ve hizmetin tavsiye edilebilirliği konularında bir öngörü sağlamaktadır (Devebakan, 2006: 135; Demirbağ ve Orkun, 2016: 80) .

Yukarıda aktarıldığı üzere amaç ve boyutların değerlendirilmesine ilişkin Donabedian (1988), yaptığı bir çalışmada, doğru ve planlı bir yapılanma ile doğru süreçler geçirildiğini, sonrasında da kaliteli çıktıya ulaşıldığını savunarak yapı, süreç ve çıktı kavramları üzerinde durmaktadır. Burada yapı olarak girdileri yani, kurumun sermaye, bina, araç ve gereçler, teknoloji, gibi maddi kaynakları ile sağlık ekibinin

özelliklerini içeren insan gücü ve entelektüel sermayesi anlatılmaktadır. Süreç olarak ise tanı ve tedavi aşamasında bu girdilerin nasıl kullanıldığı, hizmetin ne şekilde sunulduğu anlatılırken etkin hizmet sunumu, hastaların iyileşme oranları, ölüm oranları gibi konular çıktıyı ifade etmektedir. Ancak burada kalitenin teknik yönüne göre değerlendirme yapıldığı, hastaların talep ve algılarına yer verilmediği ve sonuçların klinik boyutunun ön planda tutulduğu görülmektedir. Oysa sağlık sektöründeki hizmet sunucularının kompleks yapısı, verilen hizmetlerin ve sonuçlarının birçok yönden farklılık göstermesi nedeniyle sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmesi yapılırken klinik sonuçların yanında hastaların algılarına yönelik sağlık ekibinin yaklaşımı ya da hastanenin fiziksel yapısı gibi fonksiyonel kaliteyi sağlayan dolaylı nitelikteki kriterlerin de dahil edilmesi gereğiyle karşılaşılmaktadır (Kayral, 2014: 392).

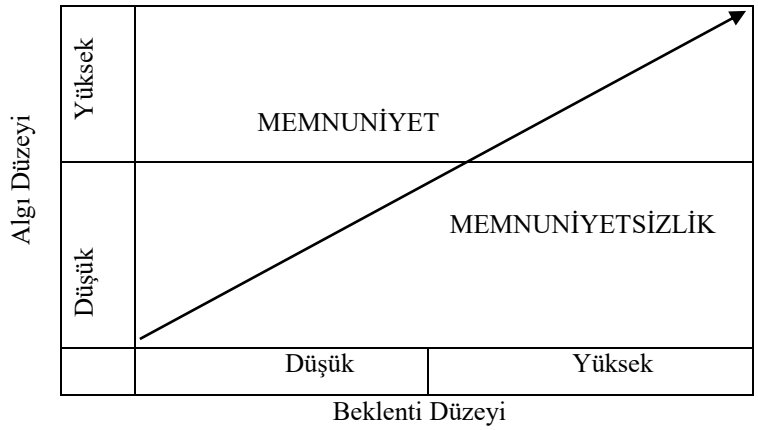
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

Son yıllarda hizmet sektöründeki gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinde kalitenin önemi ve ölçümüne yönelik yapılan çalışmalarda, hastaların tanı ve tedavi sürecinde rol almak ve kendi bakımlarına katılmak istedikleri, sağlık hizmetinin niteliğinin asıl belirleyicisinin de hastalar olduğu ifade edilmektedir. Bu çalışmalar doğrultusunda yapılan maliyet analizleri, tıbbi çıktılar ile hasta ve sürece katılan tüm bireylerin memnuniyetinin ölçülmesi, çıktıların değerlendirilmesi ve ihtiyaca göre geliştirilmesi her sağlık kurumunun hedefleri arasında yer almaktadır. Ortaya çıkan sonuçlar sağlık sunum hizmetlerinin şekillenmesine de katkı sağlamaktadır (Devebakan, 2006: 125; Özer ve Çakıl, 2007: 141).

Kişinin geçmiş deneyimleri, geleceğe dair beklentileri, ruhsal durumu, yaşam şekli ve içinde bulunduğu toplumsal değerleri barındıran çok yönlü biraz da karmaşık bir anlam taşıyan memnuniyet; “bireyin, hizmeti almasından önceki beklentileri ile aldıktan sonra ortaya çıkan performans arasındaki farka yönelik tepkisi” olarak tanımlanmaktadır. Buradan yola çıkarak hasta memnuniyeti, hastaların alacakları sağlık hizmetine yönelik beklentileri ile bakım ve tedavi sonrasındaki elde ettikleri

değişimin algıladıkları şekliyle ifade edilmesi olarak açıklanmaktadır (Akkaya vd., 2012: 63). Hasta memnuniyetinin belirleyicileri olarak görülen hizmete yönelik beklentiler ile hizmetin hasta tarafından algılanma derecesi, sağlık kurumunun akademik ve yönetsel özellikleri ile hastanın yaşına, cinsiyetine, eğitim durumuna, hastalığının türüne, tedavi sürecine ve sosyokültürel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Buna göre "hasta memnuniyeti = beklenti ve algılama" olarak formüle edilebilmektedir (Özer ve Çakıl, 2007: 141).

Sağlık kurumunun kar ve pazar payının artırılmasında veya bu konudaki hedeflerine ulaşmasında memnuniyetin önemli bir stratejik unsur olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda memnuniyet kavramının verilen hizmet kalitesinin yükseltilmesine yönelik çabalar olarak değerlendirilmesi gerektiği, memnuniyet duyulan hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması, memnuniyetsizlik yaratan sorunlara yönelik çözüm üretilmesi, hizmet alıcıların memnuniyetini artırmayı hedefleyen sağlık kurumlarının bilmesi ve yapması gereken uygulamalardır (Kavuncubaşı, 2000: 293)



Şekil 3: Hasta Memnuniyeti

Kaynak: Kavuncubaşı, Şahin, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi,* Siyasal Kitabevi Ankara 2000.

Yukarıdaki şekilde de görüldüğü gibi hastaların beklentileri karşılandığında memnuniyet düzeyi artarken (algı > beklenti), beklentileri tam karşılanamayan hastalarda memnuniyetsizlik (algı < beklenti) gözlenmektedir. Yapılan araştırmalarda hastaların genellikle kurumların bürokratik işlemleri, beslenme, kafeterya, temizlik, gürültü gibi hizmetlerinden memnuniyetsizlik duydukları; tıbbi hizmetler, labaratuvar, hemşirelik hizmetleri gibi alanlarda memnuniyet ifade ettikleri görülmektedir (Tezcan vd., 2014: 58).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Önemi

Bir toplumda hizmet sunan sağlık kurum ve kuruluşlarının niteliğini ortaya koyan en önemli göstergeler arasında tıbbi sonuçlar, maliyet ve o kurumdan hizmet alanların ifade ettikleri memnuniyet dereceleri bulunmaktadır. Hemen her kurumun hedefleri arasında yer alan memnuniyete yönelik sağlık kurumları yöneticilerinin, hastalarda memnuniyet/memnuniyetsizlik yaratan kriterleri ölçerek, değerlendirerek ve iyileştirmelere giderek çalışmalar yapması, insan merkezli olarak hizmet üretmesi, süreç denetimi yapabilmesi ve kurum kültürü geliştirmesi gerekmektedir. Bu durum kurumun başarısı ve kaliteli hizmet adına önem taşımakta aynı zamanda hasta tatminini ve kuruma bağlılığını da beraberinde getirmektedir. Hastanın kuruma bağlılığı ise hizmet almaya devam etmesi ve çevresindekilere tavsiye etmesi anlamına gelmektedir (Taşlıyan ve Akyüz, 2010: 62).

Leebov ve Scott (1994), sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta memnuniyetinin önemini ekonomik ve insancıl nedenler ile pazarlama ve etkililik açısından değerlendirmiştir (Kavuncubaşı, 2000: 296). Sağlıklı yaşam ve kaliteli sağlık hizmetinin kişinin doğuştan kazandığı temel hakların başında geldiği, hastaların tıbbi olarak yeterli, davranışsal olarak da insan hakları çerçevesinde değerlerine ve ruhsal durumlarına saygı gösterilerek hizmet almaları gerektiği insancıl nedenler olarak gösterilmektedir. Ekonomik nedenler ise söz konusu hizmetin sağlıkla ilgili olmasının getirdiği dikkat ve özenle tercih yapan hastaların hizmet alıcısı konumunda olması, gerek dolaylı gerekse doğrudan yaptıkları ödemelerle kurumun kar payını önemli ölçüde artırmalarıdır. Bunun yanında sigorta

kurumları da şirket çıkarları doğrultusunda üyesi olan hastaların aldıkları hizmetten memnun olmalarına önem vermekte ve konuya ilişkin sağlık kurumlarıyla iletişim halinde bulunmaktadır. Hizmet alıcılarının memnuniyetinin kurumun pazar payını artırması ve başkalarına tavsiye ederek bir anlamda tanıtımını yapan dış müşteri olarak nitelendirilmesi pazarlama nedeni olarak görülürken memnun olan hastaların kendi tedavi süreçlerinde daha ılımlı ve özenli olmaları, önemin etkililik nedeni olarak açıklanmaktadır (Önsüz vd., 2008: 34).

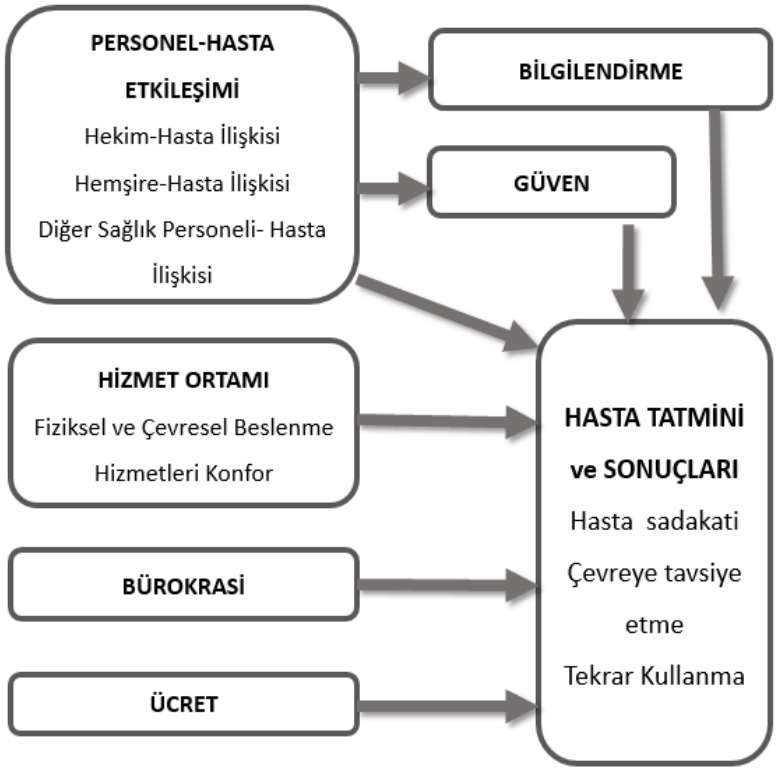
Sağlık kurumlarında yapılan hasta memnuniyet araştırmaları ise;

- Hizmetin yapısı, süreci ve sonucu konusunda bilgi vermesi, aynı zamanda bir ayna görevi yaparak kurumun sunduğu hizmeti değerlendirebilmesine olanak sağlaması,
- Sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında birbirlerine göre üstün ya da zayıf kaldığı konuları ortaya çıkarması,
- Daha düşük maliyetle kaliteli hizmet üretmesi ve rekabet avantajı sağlaması,
- Kalitenin hizmetin her aşamasında hissedilmesi ve sürekli yükseltilmesinin sağlanması,
- Sosyodemografik özelliklerin ve hastalığa ilişkin farklılıkların hastaların memnuniyeti üzerindeki etkisinin değerlendirilebilmesi,
- Hizmetin ve talebin devamlılığı, artışı ve memnuniyetin paylaşımının kuruma getirdiği olumlu katkılar gibi nedenlerden dolayı kişi, toplum ve sağlık kurumları açısından önem taşımaktadır (Özer ve Çakıl, 2007: 141).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Sağlık sektöründe hizmeti sunucusu kurumlar varlıklarını devam ettirebilmek, rekabet güçlerini artırmak için kalite ve hasta memnuniyetine önem vermek durumundadır. Yapılan araştırmalarda kalite ve memnuniyetin hastane tercihinde en etkili faktörler olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda toplum ve sağlık kurumları

açısından önemi vurgulanan hasta memnuniyeti; hizmet sunucuları, hastalar ve kurum kaynaklı birçok faktörden etkilenmektedir (Şişe ve Altınel, 2012: 214).



Şekil 4: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Kaynak: Kavuncubaşı, Şahin, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi Ankara 2000.

Tedavi Ekibine İlişkin Özellikler: Hasta memnuniyetinin en önemli etkenleri arasında hekimlerin hastalara karşı tutum ve davranışları gelmektedir. Hastalar aldıkları sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirirken doktorun dinleme, saygılı olma, yeterli zaman ayırma ve yeterli tıbbi bilgiye sahip olma kriterlerini göz önünde bulundurmaktadırlar. Bu kriterlere ek olarak hasta ve yakınlarının hastalıklarına, alternatif tedavi seçeneklerine ve iyileşmelerine yönelik hekim tarafından bilgilendirilmeleri de aynı zamanda hastaların tedavi sürecine daha uyumlu katılmalarına ve sonrasında etkinliğin artmasına neden olmaktadır. (Tezcan vd., 2014: 58). Hekimin yanında özellikle yataklı hizmet sunan kurumlarda önemli

bir etkeni de hemşire-hasta iletişimi oluşturmaktadır. Konuya yönelik yapılan çalışmalarda hemşirelerin ve süreçte hizmet veren diğer personelin tutum ve yaklaşımlarından tatmin olan hastaların genel memnuniyet düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır. (Akkaya vd., 2012: 63).

Fiziksel ve Çevresel Faktörler: Sağlık hizmetleri sunan kurum ve kuruluşların fiziksel ve çevresel özellikleri hasta ve yakınlarının memnuniyet düzeylerini etkileyen önemli değişkenlerdendir. Bunlar; beslenme hizmetleri, temizlik, ısı, gürültü, aydınlanma, havalandırma, ulaşım kolaylığı, otopark hizmetleri, dış görünüş ve kafeterya hizmetleri gibi özellikleri kapsamaktadır (Kırılmaz, 2013: 19).

Bürokrasi: Yapılan araştırmalarda hasta ve yakınlarının sağlık kurumuna başvuru, tanı alma, tedavi ve taburcu süreçleri içerisinde randevu, sevk, muayene sırası, tetkik aşaması, sonuç gösterilmesi, reçete alımı gibi bürokratik işlemler esnasında karşılaşılan güçlüklerin memnuniyet düzeyine etki ettiği gözlenmektedir (Derin ve Demirel, 2013: 1121). Özellikle bu aşamalarda bekleme süresinin fazlalığının dile getirildiği, insanların zaman kaybı yaşadıkları, endişe ve merak içerisinde olan hastaların zamandan kaynaklanan işyeri sorunları yaşadıkları göze çarpan diğer sonuçlardandır. Bu durum kronik hastalığı olan, yatarak tedavi gören, ameliyat olan ya da tedavisi uzun süren hasta ve yakınlarında daha fazla görülmektedir (Kırılmaz, 2013: 19-20).

Maliyet: Memnuniyet üzerinde etkisi bulunan bir diğer faktör sağlık hizmetinin maliyetidir. Özellikle sigortası ya da sosyal dayanağı bulunmayan hasta ve aileleri için oldukça önemli olan maliyet konusunda yapılan araştırmalarda gelir düzeyi aynı seviyede bulunan kişilerde ücretin memnuniyete etkisi bulunmazken sosyal güvencesi Emekli Sandığı, Yeşil Kart olan ya da sosyal güvencesi bulunmayan hastalar arasında hem beklenti düzeyi hem de ücretin memnuniyete etkisinde önemli farklılıklar gözlenmiştir. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da insanlar düşük maliyetle kaliteli hizmet almak istemekte, maliyet arttıkça beklenti

düzeyi artmakta ve bu konudaki memnuniyet azalmaktadır (Derin ve Demirel, 2013: 1120-1121).

Güven: Yapılan bazı araştırmalarda güvenilirlik boyutu, hizmet kalitesi ve memnuniyeti belirleyen en önemli kriter olarak değerlendirilmektedir. Yukarıda belirtilen tüm etkenleri içerisinde barındıran güven duygusunun oluşumunda; hekim ve sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları, hasta mahremiyetine önem verilmesi ve talebe göre gizlilik sağlanması gibi hasta haklarının öncelikli olması önem taşımaktadır (Devebakan, 2006: 142).

2.2.3. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri

Tüm dünyada hasta memnuniyetine yönelik yapılan çalışmalar, hastaların beklentileri, talepleri, önerileri konusunda bilgi almak, geri bildirim sağlamak, kalitenin hizmetin her aşamasında değerlendirilmesi ve yükseltilmesine yardımcı olmak, hastaların sosyodemografik özellikleri ile sağlık kurumlarına ulaşım kolaylığını sağlayan tüm çevresel faktörlerin memnuniyet üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır (Tezcan vd., 2014: 59). Bu kapsamda yapılan ölçme ve değerlendirmeler kalitatif (nitel) ve kantitatif (nicel) veriler sağlayan yöntemlerle uygulanmaktadır. Önceden belirlenmiş olan memnuniyete yönelik değişkenlerin hastalara doğrudan sorulduğu yüzyüze ve telefonla görüşmeler ile uygulanan anketler kantitatif veri sağlayan yöntemleri; hastaların kendiliğinden verdiği geri bildirimler (şikayet, teşekkür gibi), odak grup görüşmeleri, video kayıtları, gözlem ile hastalara doğrudan sorulmayan muayene süresi, hemşire sayısı, ücret gibi etkenlerle yapılan değerlendirmeler kalitatif veri sağlayan yöntemleri oluşturmaktadır. Kantitatif veri elde edilmesini sağlayan yöntemler, amaca yönelik olması, istatistiksel olarak değerlendirilebilmesi, düşük maliyetli olması, standardizasyon ve kontrol sağlaması, herhangi bir yanlış anlaşılmaya yer vermeksizin duygu ve düşüncelerin öğrenilmesi açısından avantaj sağlarken, kalitatif veri toplama yöntemleri hastaların yönlendirilmemiş ve objektif olması yönünden avantaj sağlamaktadır (Taşlıyan ve Gök, 2012: 75).

Odak grup görüşmeleri, sekiz-oniki kişilik hasta grupları ile tecrübeleri ve önerileri hakkında bilgi edinmek amacıyla yapılan görüşmeler olarak tanımlanmaktadır. Yarım saat ile iki saat arasında süren bu görüşmeler grup moderatörünün önceden belirlediği konular etrafında yapılmakta ve hastaların memnuniyet duyduğu ya da memnuniyetsiz kaldıkları uygulamalar hakkında ayrıntılı bilgi edinme olanağı sağlamaktadır. Düşük maliyetli ve kolay uygulanabilen yöntem, kişilerin birbirlerinden ve ortamın fiziksel özelliklerinden etkilenebilmeleri açısından dezavantaj sağlamaktadır. Anket yöntemi günümüzde hasta memnuniyeti araştırmalarında kullanılan en yaygın yöntemdir. Anketler hastaların birden fazla konu hakkındaki düşüncelerinin kısa sürede, düşük maliyetle ve kolay öğrenilmesi, karşılaştırılabilir ve güvenilirliğinin ölçülebilir olması gibi nedenlerle tercih edilmektedir. Uygulanan anketin içerdiği sorularla değerlendirilmek istenen konunun ölçülme düzeyi geçerliliği, aynı soruların aynı kişilere, aynı şartlarda birkaç kez uygulanması durumunda sonucun değişmemesi güvenilirliği ifade etmektedir. Bir anketin başarılı sayılması için geçerliliğin ve güvenilirliğin sağlanmış olması gerekmektedir. Ayrıca soruların fazla detay içermemesi ve az olması, hastalara ne için yapıldığı, nerede kullanılacağı ve konusu hakkında gerekli bilgilendirmeyi içeriyor olması uygulanabilirliği açısından önem taşımaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 303).

2.3. Kanser, Destek Tedavi ve Önemi

Kanser modern zamanlara özgü olmayıp, kayıtlı tarih boyunca varlığı bilinen bir hastalıktır. Fakat ilerleyen yaşlarda genç yaşlara oranla daha çok görülmesi, dünya nüfusundaki hızlı artış ve ortalama yaşam süresinin artması sebebiyle geçmişe göre daha fazla görülmektedir (Boyle ve Levin, 2008: 13). Eski Mısırlıların Tanrının bir laneti olduğuna inandıkları kanser, çok eski zamanlardan beri hekimler için zor bir bilmece olmuş ve bu konuda tarih boyunca birçok teori geliştirilmiştir (Atıcı, 2007: 197-198). Kanser, vücudun bir organ ya da parçasında kontrolsüz hücre çoğalması ile başlamaktadır. Kanserin birçok türü bulunmakla birlikte tüm kanser tiplerinde anormal hücrelerin kontrol dışı çoğalması temel süreçtir. Buna göre

kanser; fiziksel, kimyasal, çevresel ve genetik faktörlerden oluşabilen, ayrı alt çeşitleri bulunan, organizmayı oluşturan hücrelerde DNA'nın zarar görmesiyle birlikte hücrelerin anormal ve kontrolsüz olarak büyümesi ve çoğalmasıyla meydana gelen hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır (Şamkar vd., 2016: 206).

Kanser, tedavisi maliyetli ve ölümle sonuçlanma oranı yüksek bir hastalık olması nedeniyle hastalığa yönelik koruyucu yöntemlere önem ve öncelik verilmesi gerekmektedir. Buna yönelik olarak öncelikle topluma sağlık eğitimi verilmesi, sağlık taraması yapılması, rehabilitasyon hizmetleri ve erken tanılama önem taşımaktadır. Ayrıca kansere yönelik kayıtların tutulması, uygulanan tanı, tedavi ve bakım yöntemlerinin sürekli olarak değerlendirilmesi, yeni tedavi ve bakım yöntemlerinin araştırılması ve geliştirilmesi, korunmada tedavi ve bakımın niteliği ile maliyetinin değerlendirilmesi, psikolojik destek, beslenme, kişisel bakım, ağrı kontrolü gibi konularda multidisipliner (çok branşlı) yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir (Kanbur ve Çapık, 2011: 67-68). Burada bahsedilen destek tedaviler, kanserin tanı döneminden iyileşme ya da ölüme gidebilen son dönemine kadar hastalığa ve tedaviye bağlı gelişen belirtilerin yönetimi olarak açıklanmaktadır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal alanda bütüncül bir yaklaşım olarak sunulan bu tedavilerin yaşam süresine etkisi bulunmazken, süreci nitelikli kılmayı, yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçladığı bilinmektedir (Ülger, vd, 20013: 86).

Merkezinde hastalık değil hasta olan yaklaşımın, hasta ve çevresindekilere yönelik olarak tıbbi tedaviler ile birlikte ya da ayrı olarak bir ekip tarafından uygulanması gerekmektedir. Multidisipliner olarak değerlendirebilen destek tedavi ekibinin içerisinde hekimler, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet ve rehabilitasyon uzmanları ile diyetisyenler gibi bir çok alan uzmanı yer almaktadır (Tünel, 2012: 190). Tanı ve terminal dönemlerinde gerekliliği daha yoğun gözlenen destek tedaviler, kanserin türü ve evresine, uygulanan tedavi ile buna bağlı oluşan komplikasyonlara, hastanın fiziksel-ruhsal durumuna, yaşına, ailesinin psikososyal durumuna, beklentilerine ve değerlerine göre şekillenmektedir. Bu faktörlere göre yapılan değerlendirme sürecinde öncelikle, hasta ile etkin iletişim sağlanması ihtiyacı

oluşmaktadır (Bahar, 2007: 107). Hastanın öyküsü alınırken, biyolojik, ruhsal ve çevresel olarak bütüncül yaklaşıma ve etkin dinlemeye dikkat edilmesi gerekmektedir. Fizik muayene yapıldıktan sonra daha önce yapılan tıbbi tetkikler, raporlar ve uygulanmakta olan tedaviler hakkında detaylı bilgi alınması son derece önemlidir. Merkezde hasta olmalı ancak ailenin ve bakım veren kişilerin durumlarının değerlendirilmeside dikkat gerektiren bir aşamadır. Dinamik olan süreçte semptomların değişebilmesi, uygulanan destek tedavinin yönünü de değiştirebilmektedir. Bu nedenle değerlendirmeler aralıklı olarak mümkünse hasta ve ailesinin aktif katılımı sağlanarak yapılmalı, ihtiyaçları doğrultusunda verilecek destek tedavisinin yan etkileri ve riskleri dengelenmeli, konuya ilişkin yeterli bilgilendirmede bulunulmalıdır (Bag, 2012: 450).

Fiziksel, ruhsal ve çevresel faktörler ile değerlendirilen hasta, ailesi ve tedavi ekibi belirlenen gerekliliklerine göre (uyum bozuklukları, anksiyete, ağrı, bulantı, nefes darlığı, beslenme sorunları, vb.) alanında profesyonel olan uzmanlardan oluşan destek tedavi ekibine yönlendirilmektedir. Kanser hastalarının geçirdikleri süreçte destek tedavi alanları içinde psikososyal desteğin, tanıdan itibaren her dönemde gerektiği, tedaviye uyum, sürecin herkes açısından daha katlanılır olması, yaşam kalitesinin artırılması ve sorunlarla mücadele yönünden en etkili yardımcı kaynak olduğu belirtilmektedir (Bahar, 2007: 108).

2.3.1. Kanserli Hastaların Yaşadığı Psikolojik Süreçler ve Hastalığa Tepkileri

Korku, çaresizlik, suçluluk ve ölüm kavramlarını çağrıştıran kanserle karşılaşan bireylerde, anksiyete, depresyon, uyum bozukluğu, yaşama karşı isteksizlik, özgüven kaybı ve depresyon gibi psikososyal komplikasyonlar yaygın olarak gözlenmektedir. Bu nedenlerle kanserle mücadele eden bir hasta için, tıbbi tedavi sürecinde ve sonrasında psikososyal içerikli tedavi yaklaşımlarının da hastalığın seyrini etkileyebildiği ve temel tedavi ölçütleri arasında kabul edildiği görülmektedir (Ülger vd., 2013: 86). Bununla birlikte yaşamları üzerindeki

kontrolleri sınırlanan kanser hastaları; acıyla ve ölümle ilişkilendirdikleri hastalığın tanı, tekrarlama, tedavi ve terminal dönemlerinde duygusal, ruhsal ve davranışsal olarak değişik tepkiler göstermektedirler. Elizabeth Kübler Ross, sürecin psikososyal zorlanmalarını da göz önünde bulundurarak 500 kanser hastasıyla yaptığı çalışmasında, kişinin genetik yapısı, yaşam şekli, yaşı, cinsiyeti, çevresel ve kültürel faktörler ile genel sağlık durumuna göre şekillenen tepkileri; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak evrelendirmektedir (Biçer ve Özpolat, 2016: 107). Tepkilerin bu evrelendirmeyle detaylandırılması, hastanın hangi aşamada olduğu, sosyal açıdan ne gibi desteğe ve yardıma ihtiyaç duyduğu konusunda çevresine ve tedavi ekibine yol gösterici olmaktadır (Bahar, 2007: 105). Yine bu çalışmada evrelerin sıraya uymak ya da birbirini tamamlamak zorunda olmadığı, aynı dönemde yaşanabileceği, hastanın herhangi bir aşamada takılıp kalabileceği ya da daha önce geçtiği düşünülen evreye dönebileceği belirtilmektedir (Biçer ve Özpolat, 2016: 107).

Çoğunlukla beklenilmeyen, katlanılması güç olaylar karşısında kişinin kendini toplaması ve savunma mekanizmalarının harekete geçmesi için zaman tanıyan, benlik bütünlüğünü korumaya yönelik bir tür tampon görevi de gören ***inkar*** evresi, hastalığın ilk döneminde yoğun olarak gözlenmekte sonraki dönemlerde de ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla geçici olan, kısmi kabullenmenin de görülebildiği evrede, hastaya tedavi sürecine ilişkin bilgi verilmesi ve sosyal destek sağlanması önem taşımaktadır (Biçer ve Özpolat, 2016: 107).

İnkâr evresi sonrasında, hastalarda sağlıklı olan kişilere duyulan kıskançlık, küskünlük ve hırsla birlikte ***öfke*** tepkisi gözlenmektedir. “Neden ben?” sorusuna cevap aranan ve kaygının yoğun olduğu bu evre ile baş etmek hastanın yanında yakınları ve sağlık personeli için de oldukça zor bir süreçtir. Temelde hastalığa karşı duyulan, hasta açısından kontrol edilmeyen, her yere rasgele yansıtılabilen öfke tepkisi depresyona zemin oluşturması açısından da önem taşımaktadır. Bu dönemde kendisinin anlaşılmasını ve saygı gösterilmesini isteyen hastaya karşı anlayış ve sabır çerçevesinde bir yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir. Öfkesinin çevresindekiler

tarafından kişisel algılanmaması, mümkünse duygu ve düşüncelerinin ifade edilmesi sağlanarak rahatlatmaya çalışılması da önem taşımaktadır (Bahar, 2007: 105-106).

İlk evrede hastalıkla yüzleşemeyen ve ikinci evrede çevresindeki herkese, her şeye karşı öfkeli ve kaygılı olan birey kaçınılmaz olanı erteleme çabasıyla uzlaşma yapabileceğini düşünmektedir. ***Pazarlık*** evresi olarak adlandırılan bu süreçte hasta, iyi davranışları için ödüllendirilebileceği inancıyla Tanrıdan, yaşamının uzamasını ve takibinde günlerinin ağrısız geçmesini talep etmektedir. Bununla birlikte bu evrede farkındalık ve hasta tarafından belirlenen bir sonla birlikte tedaviye uyum ve çaba gözlenmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 346),

Reaktif depresyon nedenleri olarak gösterilen bedensel kayıp, fiziksel güçsüzlük, ölüm kaygısı, yaşam tarzı, rol değişiklikleri, ekonomik kayıplar ve bağımlı olma durumu kişiyi giderek hüzne ve ***depresyon*** evresine sürüklemektedir. Kişinin öfkesi kaygı ile yer değiştirmekte, bazen gerçekçi olmayan suçluluk ve utanç duyguları da bu evrede gözlenebilmektedir. Hasta yakın zamanda kaybedecekleri için yas tutmakta, sözel iletişimden çok sessizliği tercih etmektedir. Kabullenmeye doğru giden bu süreçte, sürmekte olan kayıp duygusunun etkisini azaltabilmek için hastanın üzüntüsünü dışa yansıtmasına olanak sağlanması gerekmektedir. Aile desteğiyle yasını tutmasına izin verilmesi ve dönemi olağan biçimde geçirmesi bu aşamada önem taşıyan konular arasındadır (Biçer ve Özpolat, 2016: 107; Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 346).

Hasta bu süreçlerin sonuna kadar yeterince zamanı olduysa ve önceki evreleri geçirmekte yeterli yardımı aldıysa kendisini öfkeli ve depresyonda hissetmediği ***kabullenme*** evresine girecek ve geçirdiği süreçte kaybedeceklerinin yasını tutmuş olacaktır. Bu evrede çevreye ilgi azalmakta, yorgunluk ve güçsüzlüğün yanında duygu yoksunluğu gözlenmektedir. Kabullenme dönemi; hastanın yanında ailesinin de desteğe ihtiyaç duyduğu, ilgilerin sınırlandığı, yalnızlığın tercih edildiği sözel olmayan iletişimin hakim olduğu dönem olarak ele alınmaktadır (Biçer ve Özpolat, 2016: 107).

2.3.2. Kanserde Psikolojik, Sosyal Destek ve Önemi

Kanser, karşılaşıldığı andan itibaren insanın yaşamını her anlamda etkileyen, tanı ve tedavi sonrasında iyileşme, organ kaybı, sakatlık ya da ölüme gidebilen çok yönlü, aynı zamanda birçok travmayı da beraberinde getiren karmaşık bir süreçtir (Kavradım ve Özer, 2014: 157). Bu süreç, her hastada aynı olmamakla birlikte, kanserin türüne, yapısına, kullanılan tedavi yöntemi ile buna bağlı görülen yan etkilere, kişinin genel sağlık durumu ve fiziksel özelliklerine göre değişim göstermektedir.

Bu doğrultuda Gyllensköld kanseri, "doğrudan ölümle ilişki içinde olduğu, sinsice ilerlediği, nedenlerinin tam olarak açıklanamadığı, ilerledikçe kontrolü güçleştiği, büyük acılar verdiği, kişiyi sosyal olarak damgaladığı ve sınırladığı için diğer hastalıklardan daha tehdit edici" olarak tanımlarken, hastalığın sosyal boyutuna da dikkat çekmektedir (Biçer ve Özpolat, 2016: 108). Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda;

- Hastanın gelecek ve geride bıraktıklarına kendisinden sonra ne olacak kaygısı, planlar ve önceliklerinin değişmesi, bağımlı olma, beden imajının bozulması ve etiketlendiği düşüncesi,
- Aile bireyleri arasında eskiye oranla daha fazla yakınlaşma ya da uzaklaşma olması,
- Eşlerde gözlenen hastanın fark edebileceği düzeyde çaresizlik ve yetersizlik duygusu,
- Ne söyleyeceklerini ve nasıl davranacaklarını bilmemelerinden kaynaklanan aile üyeleri ve arkadaşların hastadan uzaklaşması,
- Hastanın yapmak zorunda olduğunu düşündüğü görevlerini yerine getirememesinden kaynaklanan sorunlar,
- İş hayatında karşılaşabilecekleri performans düşmesi, işe gidememe, sosyal konum ve ekonomik kayıplar,

- İletişim becerilerinin azalması nedeniyle çevresi ve tedavi ekibiyle sağlıklı ilişki kuramaması, kişilik ve tutumlarındaki değişiklikler,

kanserle mücadele eden hastaların zaman zaman karşılaşabildikleri sosyal sorunlar ve sorunların nedenleri olarak ifade edilmektedir (Ülger vd., 2013: 87).

Kanser hastalarının yukarıda bahsedilen travmatik süreci atlatabilmeleri, motivasyonlarını ve ruhsal durumlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için psikolojik ve sosyal desteğin tıbbi tedavinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmesi gerekmektedir. Ruhsal ve sosyal destek, kanser hastalarının sevgi, ilgi, bağlılık, ait olma ve benlik saygısı gibi ihtiyaç duyduğu temel sosyal gereksinimlerini karşılamakta, hastalığın seyrini olumlu anlamda etkileyerek mücadele duygusunu güçlendirmekte ve tedaviye uyumu kolaylaştırabilmektedir. (Ülger vd., 2013: 87). Buna yönelik olarak tedavi ekibi tarafından yapılması gereken girişimlere;

- Bilgi eksikliğinin giderilmesi, hastalığın hasta tarafından daha iyi anlaşılmasının sağlanması,
- Ağrı ve bulantı gibi bedensel şikâyetlerin kontrol altına alınarak bireyin kendini daha iyi hissetmesinin sağlanması,
- Kaygı ve acılarının azalmasını, hastalıkla yüzleşmesini, tedaviye uyumunu ve duygularının ifadesini sağlamak, mücadele ve yaşama isteğini arttırmak, sürecin getirdiği çok yönlü krizle baş edebilmesine yardımcı olabilmek için bilişsel ve davranışçı terapiye yönlendirilmesi,
- Aile üyelerine yönelik olarak gerekli bilgilendirmenin ve sosyal desteğin sağlanması,
- Hastanın tıbbi karar alma sürecinde yer almasına yardımcı olunması, ihtiyaç ve tercihlerine önem verilmesi örnek olarak gösterilmektedir. Yine bu girişimler tedavi sonrasında da hastalığın tekrarlama korkusuna, günlük hayatın olağan sıkıntılarına ve kişinin değerlerine özgü gerekenler olarak devam ettirilmelidir (Kavradım ve Özer, 2014: 158).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
3. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ BALKAN ONKOLOJİ HASTANESİ ALAN ÇALIŞMASI

Alan çalışmasında Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi'nde yatan ve ayakta tedavi gören hastalar ana kütle olarak belirlenmiştir. Hastane, Nisan 2011'de kurulmuş ve Türkiye'de aktif olarak hizmet veren ilk 10 Onkoloji Hastanesi arasında yer almaktadır. Diğer uzmanlık alanları ile koordineli çalışan ve 3 öğretim üyesi, 1 yandal uzmanı, 4 dahiliye asistanı, 2 eczacı, 12 hemşire yanı sıra 15 yardımcı personelin görev yaptığı kurum; arşiv, klinik araştırmalar ünitesi, eczane, tedavi ünitesi, ayaktan kemoterapi ünitesi, yatan hasta servisleri ve polikliniklerden oluşmaktadır. Kurum yetkililerinden edinilen bilgiye göre, yıllık ortalama 1,500 yatan, 22,000 ayakta tedavi gören kanser hastasına hizmet verilmektedir.

3.1. Araştırmanın Amacı, Önemi, Kısıtları, Modeli

Bir toplumda hizmet sunan sağlık kurum ve kuruluşlarının niteliğini ortaya koyan en önemli göstergeler arasında tıbbi sonuçlar, maliyet ve o kurumdan hizmet alanların ifade ettikleri memnuniyet dereceleri bulunmaktadır. Hemen her kurumun hedefleri arasında yer alan memnuniyet konusunda, sağlık kurumları yöneticilerinin, hastalarda memnuniyet ya da memnuniyetsizlik yaratan kriterleri ölçerek, değerlendirerek ve iyileştirmelere giderek çalışmalar yapması, insan merkezli olarak hizmet üretmesi, süreç denetimi yapabilmesi ve kurum kültürü geliştirmesi gerekmektedir. Bu durum, kurumun başarısı ve kaliteli hizmet adına önem taşımakta aynı zamanda hasta tatminini ve kuruma bağlılığı da beraberinde getirmektedir. Hastanın kuruma bağlılığı ise hizmet almaya devam etmesi ve çevresindekilere tavsiye etmesi anlamına gelmektedir. Ancak onkoloji hastanelerinde hizmet sunum kalitesi ve hasta memnuniyetlerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle bu çaılşmanın amacı, yatarak ve ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerinin incelenmesi, memnuniyet duyulan hizmetlerin

sürekliliğinin sağlanması, memnuniyetsizlik yaratan sorunlara yönelik çözüm üretilmesi için veri girişi sağlanmasıdır. Çalışmanın önemiyse öncelikli olarak hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti ilişkisi üzerinden onkoloji ekibi üyelerine ve kanserli hastalara olan yaklaşımın planlanması sürecine katkı sağlama potansiyelidir. Tez çalışması kapsamında teorik kurgu, hizmet sunum kalitesi ve hizmet alım memnuniyeti çerçevesinde yapılandırılarak sınırlandırılmıştır. İstatistiksel veriler, 2017 yılı Mayıs- Ekim ayları arasında Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi'nde yatan ve ayakta tedavi gören hastalardan elde edilmiştir.

Tez çalışmasında hastaların aldıkları hizmetten memnun olmaları ile ilgili boyutlar, değişkenler ve bunlar arasındaki ilişkileri hakkında bilgi verecek tanımlayıcı bir model kullanılmıştır.



Şekil 5: Araştırma Modeli.

Hasta memnuniyeti, hastaların sağlık hizmetinden aldıkları faydaya, karşılaştıkları güçlüklerin sıklığının azalmasına, tedaviden beklenen performansa ve hizmetin sunum şeklinin hastaların sosyo-kültürel değerlerine uygun olup olmadığına bağlı olarak gelişmektedir. Hasta memnuniyeti, öznel ve değişken olan bir kavram olmakla birlikte konuya yönelik yapılan araştırmalarda karşılaşılan en yaygın sorun, çok az hastanın aldıkları hizmeti eleştirmesi ve olumsuzluk ifade etmesidir. Bu duruma katkı sağlayan en büyük faktör minnet duygusudur. Bu duyguyla birlikte kanser hastalığının iyileşemeyeceği yönündeki algı düzeyi de hastalarda ifade kısıtlılığı yaratabilmektedir. Hastaların memnuniyet düzeylerini artırmayı hedefleyen sağlık kurumları yöneticilerinin hizmetin her aşamasında yapması gereken, memnuniyetsizliğin ve yaşanan olumsuzlukların hangi süreçten kaynaklandığını ortaya çıkarmak ve çözüm sağlamaktır.

3.2. Yöntem

Tez çalışması literatür taraması, anket çalışması ve analizlerden oluşmaktadır. Hastalarının talep, beklenti ve algılarına yönelik geçerli ve güvenilir verilerin elde edilmesi, ölçülmesi, tedavi gördükleri sağlık kurumunun performansıyla ilişkilendirilmesi için kullanılan yöntemler arasında anket uygulamaları ön sıralarda yer almaktadır. Bu kapsamda öncelikle kaynak taraması yapılmış, sonrasında edinilen veriler bir araya getirilerek hasta ve yakınlarının anlayabilecekleri ve hızlı cevaplayabilecekleri ayaktan hastalar için 45, yatan hastalar için 54 sorudan oluşan anket formu hazırlanmıştır. Hazırlanan anketler kapsamlı bir literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Tarama sonucunda benzer çalışmalarda kullanılan ölçekler geçerlilik ve güvenilirlikleri dikkate alınarak incelenmiştir. Hazırlanan anketin önemli bir bölümüyse Yaşa'nın (2012) "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması" adlı doktora tezine dayandırılmıştır. Anket tasarımında kullanılmak üzere Yaşa'dan izin de alınmıştır.

Soruların değerlendirilmesinde 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Cevap seçenekleri Ayakta tedavi gören hastalar için "1=Çok Kötü; 2=Kötü; 3=Orta; 4=İyi; 5=Çok İyi", Yatan Hastalar için "1=Hiç Memnun Değilim; 2=Memnun Değilim; 3=Biraz Memnunum 4=Memnunum; 5=Çok Memnunum" şeklinde belirlenmiştir. Oluşturulan anketler (EK-2, EK-3), ilgili kurumun izniyle (EK-1), çalışmanın anakütlesini oluşturan Balkan Onkoloji Hastanesi hastalarına uygulanmıştır. Analize dahil edilen 226 yatarak, 439 ayakta tedavi gören hasta anketleri ile elde edilen veriler SPSS 16 istatistik paket programı vasıtasıyla analiz edilmiştir.

Çalışmada, çapraz tablolar, frekans dağılımları, ortalama, mod, medyan gibi çeşitli tanımlayıcı istatistiklerden, faktör analizi, güvenilirlik analizleri ve varyans analizlerinden yararlanılmıştır.

Lorcu (2015: 206-207), anket çalışmalarının analiz edilmesinde geçerlilik ve güvenilirliğin ön koşul olarak aranması gerektiğine işaret etmektedir. Geçerlilik yapılan testin ölçmeyi amaçladığı özelliğin, başka özelliklerle karıştırılmaksızın ölçülüp ölçülmediğini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Yapı geçerliliğinin testi için kullanılan çok değişkenli istatistik yöntemlerinden faktör analizininse uygulama prosedürü ve temel varsayımları şunlardır:

Faktör analizinde istatistiksel anlamlılığı test etmeye yarayan Bartlett küresellik testi ilk bakılan test olup χ^2değerine dayanılarak hesaplanmaktadır. İkinci aşamadaysa Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)'in örneklem yeterlilik ölçüsüne bakılarak, analizde gözlem sayısının yeterliliği sınanmaktadır (Çiftçi, 2011: 169-170). Albayrak (2005: 109), KMO değerine dayanarak örneklem yeterliliklerinin aşağıdaki şekilde yorumlanabileceğini ifade etmektedir:

a- 0,00 ≥ KMO < 0,50 => Kabul edilemez.
b- 0,50 ≥ KMO ≤ 0,60 => Kötü
c- 0,60 > KMO ≤ 0,70 => Orta
d- 0,70 > KMO ≤ 0,80 => İyi
e- 0,80 > KMO ≤ 0,90 => Çok iyi
f- 0,90 > KMO ≤ 1,00 => Olağanüstü

Ercan ve Kan (2004a: 214) güvenilirliğin, anket çalışmalarının analiz edilmesi sürecinde kullanılan testin geçerli sayılması için gereken ilk koşul olduğunu ifade etmektedir. Güvenilirlik, ölçüm aracıyla aynı koşullarda ölçümlerin tekrarlanması durumunda elde edilen değerlerin kararlılık gösterip göstermediğini tanımlamakta olup, elde edilen sonuçlara göre ölçüm sonuçlarının tesadüfi hatalardan arınıp-arınmadığının tespitini sağlamaktadır. Dolayısıyla da güvenilirlik analizi, anket çalışmalarında bir testin incelenen konuyu ne kadar güçlü şekilde ortaya koyduğunu göstermektedir. Güvenilirliğin hesaplanmasında kullanılan en yaygın yöntem Cronbach Alpha Katsayısı'dır. Bu yöntemle k sayıdaki sorunun homojen yapıya sahip olup olmadığı tespit edilmektedir. Katsayı, k adet maddenin varyans

toplamlarının genel varyansa oranlanması sonucunda elde edilen standart değişim ortalamasıyla şekillenmekte olup 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Elde edilen katsayı değeri ölçek içindeki maddelerin (soruların) iç tutarlılığının ölçülmesini sağlamaktadır. Elde edilen değerlerin yorumu aşağıdaki gibidir:

- $0 \leq \alpha < 0{,}40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $40 \leq \alpha < 0{,}60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür.
- $60 \leq \alpha < 0{,}80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.
- $80 \leq \alpha \leq 1$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir (Lorcu, 2015: 207-208).

Verilerin güvenilirlik ve geçerliliklerinin sınanması sonrasında demografik özelliklere göre hasta görüşlerinde ayrışmanın olup olmadığının analiz edilmesi aşamasına geçilmiştir. Uygulama yöntemleri, ikili kategorik veriye göre grup ayrışması analizi için varyans homojenliği koşulunun sağlanıp-sağlanmadığının testi için Levene istatistiğine bakılmıştır. Grup varyans eşitsizliğinin sağlandığı değişkenler (sorular) için t testi, koşulu sağlayamayanlar içinse Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İkiden çok gruba ayrılan kategorik veriye göre grup ayrışmasına dair analiz içinse Levene istatistiğine göre grup varyans eşitsizliğinin sağlandığı değişkenler (sorular) için varyans analizi (anova), koşulu sağlayamayanlar içinse Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Anova testiyle ayrışma tespiti durumunda ise LSD analizi yapılmıştır (Bkz. Lorcu, 2015: 111-113, 116-118, 121-130, 151-155).

3.3. Temel Betimsel Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların temel özelliklerini içeren ikisi açık uçlu altı soru sorulmuştur. Söz konusu sorular içerisinde cinsiyet, medeni hal ve eğitim düzeyleri, kapalı uçlu sorular içerisinde deneklerin kişisel özelliklerini tanımlayan değişkenleri oluşturmuştur. Temel betimsel bulgular, tek bir tabloda sunulmuştur (Bkz. Tablo 3).

Tablo 3. Temel Betimsel Bulgular.

		Yatan Hastalar		Ayaktan Hastalar		Toplam	
		Adet	Yüzde	Adet	Yüzde	Adet	Yüzde
Cinsiyet	Toplam	226	100,0	439	100,0	665	100,0
	Geçerli	225	99,6	437	99,5	662	99,5
	Eksik	1	0,4	2	0,5	3	0,5
	Bay	142	62,8	206	46,9	348	52,3
	Bayan	83	36,7	231	52,6	314	47,2
Medeni hal	Toplam	226	100,0	439	100,0	665	100,0
	Geçerli	225	99,6	436	99,3	661	99,4
	Eksik	1	0,4	3	0,7	4	0,6
	Evli	192	85,0	376	85,6	568	85,4
	Bekâr	33	14,6	60	13,7	93	14,0
Eğitim	Toplam	226	100,0	439	100,0	665	100,0
	Geçerli	226	100,0	422	96,1	648	97,4
	Eksik	1	0,4	17	3,9	18	2,7
	İlkokul	131	58,0	147	33,5	278	41,8
	Ortaokul	32	14,2	47	10,7	79	11,9
	Lise	37	16,4	87	19,8	124	18,6
	Lisans	20	8,8	94	21,4	114	17,1
	Lisansüstü	5	2,2	7	1,6	12	1,8
Gelir (Aylık/TL)	Toplam	226	100,0	439	100,0	665	100,0
	Geçerli	213	94,2	411	93,6	624	93,8
	Eksik	13	5,8	28	6,4	41	6,2
	500 TL'den az	15	6,6	22	5,0	37	5,6
	501-1000 TL	36	15,9	54	12,3	90	13,5
	1001-1500 TL	92	40,7	139	31,7	231	34,7
	1501-2000 TL	41	18,1	96	21,9	137	20,6
	2000 TL'den çok	29	12,8	100	22,8	129	19,4

Alan çalışmasında yer alan deneklerden 226 yatan hastadan cinsiyet sorusuna cevap veren 225'inin %62,8'i erkek (142 kişi) %36,7'si ise kadındır (83 kişi). Alan çalışmasında yer alan ayaktan tedavi gören 439 hastanınsa %46,9'u erkek (206 kişi) ve %52,6'sınınsa kadındır (231 kişi). 665 kişiden oluşan tüm deneklerinse %53,3'ü erkek (348 kişi) ve %47,2'si kadındır (314 kişi).

Medeni durumlarına göre denekler incelendiğinde, 226 yatan hastanın %85'inin evli (192 kişi), %14,6'sınınsa bekâr (33 kişi) olduğu görülmüştür. Ayaktan tedavi gören 439 deneğinse %85,6'sı evli (376 kişi), %13,7'si bekardır (60 kişi). Tüm deneklerinse %85,4'ü evli (568 kişi), %14'üyse bekârdır (93 kişi).

Eğitim durumlarına göre denekler incelendiğinde, yatan hastaların %58'inin ilkokul (131 kişi), %14,2'sinin ortaokul (32 kişi), %16,4'ünün lise (37 kişi),

%8,8'inin lisans (20 kişi) ve %2,2'sininse lisansüstü öğrenim mezunu olduğu (5 kişi) tespit edilmiştir. Ayaktan tedavi gören hastalarınsa %33,5'i ilkokul (147 kişi), %10,7'si ortaokul (47 kişi), %19,8'i lise (87 kişi), %21,4'ü lisans (94 kişi) ve %1,6'sı lisansüstü öğrenim mezunudur (7 kişi). Tüm deneklerinse %41,8'i ilkokul (278 kişi), %11,9'u ortaokul (79 kişi), %18,6'sı lise (124 kişi), %17,1'i lisans (114 kişi) ve %1,8'i lisansüstü öğrenim mezunudur (12 kişi).

Gelir düzeylerine göre denekler incelendiğinde, yatan hastaların %6,6'sının (15 kişi) 500 TL'den az, %15,9'unun (36 kişi) 501-1000 TL arasında, %40,7'sinin (92 kişi) 1001-1500 TL arasında, %18,1'inin (41 kişi) 1501-2000 TL arasında ve %12,8'ininse (29 kişi) 2000 TL'nin üzeri aylık gelirinin olduğu tespit edilmiştir. Ayaktan tedavi gören hastalarınsa %5'inin (54 kişi) 500 TL'den az, %12,3'ünün (54 kişi) 501-1000 TL arasında, %31,7'sinin (139 kişi) 1001-1500 TL arasında, %21,9'unun (96 kişi) 1501-2000 TL arasında ve %22,8'ininse (100 kişi) 2000 TL'nin üzerinde aylık gelirinin olduğu tespit edilmiştir.

3.4. Geçerlilik Test Bulguları

Geçerlilik testleri yatarak ve ayaktan tedavi gören hastalar için iki ana kısımda gerçekleştirilmiştir. Her alt kısımda da otelcilik hizmetleri ve personelden memnuniyet ölçeklerine göre ikişer adet olmak üzere geçerlilik analizleri toplam dört ölçek için yapılmıştır. Geçerlilik sınaması için yapılan faktör analizlerinde KMO ölçüsü, Bartlett Küresellik Testi sonucu ve faktörlerin varyans açıklama yüzdeleri (varyans açıklama yüzdesi %1'in üzerinde olanlar) sunulmuştur. Ardından da değişkenlerin rotasyon sonrası bileşen matrislerinin aktarımıyla analizler sonlandırılmıştır.

İlk olarak yatarak tedavi gören hastaların otelcilik hizmetlerinden memnuniyetlerine ilişkin faktör analizi ile geçerlilik sınaması yapılmıştır. Faktör analizi 22 sorulu (değişkenli) ve 199 denekli (gözlemli) veri seti için gerçekleştirilmiş olup rotasyonda yaygın olarak tercih edilen varimax metodu

uygulanmıştır. Uygulama bulgularında KMO örneklem yeterlilik ölçüsü 0,941 olup örneklem yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bartlett Küresellik Testi sonucundaysa χ^2 5724 ile faktör analizinin istatistik olarak uygun ve anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizinde varyans açıklama oranı %1'in üzerinde olan üç faktör tespit edilmiştir. Buna göre ilk üç faktörün varyans açıklama oranı toplamı da %80,666 (birinci faktör %58,1, ikinci faktörün %15,8 ve üçüncü faktör de %6,7) olarak bulunmuş olup, ilk üç faktörün varyans açıklama oranı olması beklenen %60'lık alt limitin oldukça üzerindedir. Üç faktöre dağılarak oluşan üç alt boyut aşağıda sunulmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Otelcilik Hizmetlerine İlişkin Gerçekleştirilen Faktör Analizinde Rotasyon Sonrası Faktör Bileşenleri Matrisi.

Soru (Değişken)		Bileşenler		
		1	2	3
Yemekler hakkındaki düşünceler	Lezzeti	0,284	**0,831**	0,182
	Görüntüsü	0,245	**0,872**	0,129
	Çeşitliliği	0,209	**0,868**	0,221
	Sıcaklığı	0,218	**0,902**	0,15
	Miktarı	0,136	**0,910**	0,167
	Dağıtımı	0,168	**0,883**	0,200
	Temizliği	0,296	**0,858**	0,154
Servis odalarının özellikleri	Görüntüsü	**0,869**	0,201	0,165
	Temizliği	**0,850**	0,203	0,198
	Rahatlığı	**0,851**	0,22	0,253
	Aydınlatması	**0,828**	0,252	0,245
	Sıcaklığı	**0,768**	0,195	0,130
	Havalandırması	**0,819**	0,270	0,141
	Sessizliği	**0,804**	0,181	0,262
	Güvenliği	**0,852**	0,186	0,252
	Çarşafları	**0,806**	0,211	0,297
	Tuvaletleri	**0,843**	0,191	0,27
	Banyosu	**0,836**	0,190	0,284
Hastane içi ulaşım hizmetleri	Ulaşım	0,282	0,248	**0,778**
	Park Yeri	0,293	0,14	**0,762**
	Yönlendirme Levhaları	0,378	0,26	**0,802**
	Danışma Hizmetleri	0,375	0,33	**0,774**

Yatarak tedavi gören hastaların personelden memnuniyetlerine ilişkin faktör analizi ile geçerlilik sınamasına devam edilmiştir. Faktör analizi 17 sorulu (değişkenli) ve 199 hastadan oluşan (gözlemli) veri seti için gerçekleştirilmiş olup rotasyonda yaygın olarak tercih edilen varimax metodu tercih edilmiştir. Uygulama bulgularında KMO örneklem yeterlilik ölçüsü 0,942 olarak tespit edilerek örneklem

yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bartlett Küresellik Testi sonucundaysa χ^2 4012 ile faktör analizinin istatistik olarak uygun ve anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Faktör analizinde varyans açıklama oranı %1'in üzerinde olan üç faktör tespit edilmiş olup, buna göre ilk üç faktörün varyans açıklama oranı toplamı da %83,9 (birinci faktör %30,5, ikinci faktörün %27,9, üçüncü faktörün %25,5) olarak bulunmuş olup, ilk üç faktörün varyans açıklama oranı, %60'lık alt limitin üzerindedir. Üç faktöre dağılan üç alt boyut tabloda sunulmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Personelden Memnuniyete İlişkin Gerçekleştirilen Faktör Analizinde Rotasyon Sonrası Faktör Bileşenleri Matrisi.

Soru (Değişken)		Bileşenler		
		1	2	3
Hekim hizmetleri	Hekimin Yeterli Zaman Ayırması	**,791**	,311	,309
	Hekimin Tutum ve Davranışı	**,786**	,296	,238
	Hekimin Soru ve Hasta Endişelerine Duyarlılığı	**,877**	,186	,292
	Hekimin Hasta ve Ailesini Bilgilendirmesi	**,850**	,195	,324
	Sorunlarda Hekime Erişim	**,799**	,260	,333
	Hekimin Odaya Gelme Sıklığı	**,832**	,289	,263
Hemşire hizmetleri	Hemşirenin Yeterli Zaman Ayırması	,354	**,822**	,295
	Hemşirenin Tutum ve Davranışı	,300	**,873**	,254
	Hemşirenin Soru ve Hasta Endişelerine Duyarlılığı	,238	**,832**	,338
	Sorunlarda Hemşireye Erişim	,216	**,852**	,347
	Hemşirenin Odaya Gelme Sıklığı	,254	**,851**	,320
İdari persoenel hizmetleri	Hizmetli personellerden memnuniyet	,429	,313	**,617**
	Teknik personellerden memnuniyet	,347	,498	**,670**
	Sekreter ve memurlardan memnuniyet	,379	,351	**,693**
	Hastaneye kabul işlemlerinden memnuniyet	,302	,324	**,815**
	Başka merkez/servise sevk işlemlerinden memnuniyet	,300	,303	**,826**
	Daha önce hastanede yatanlar için çıkış işlemlerinden memnuniyet	,323	,300	**,819**

Yatan hastalara yönelik yapılan faktör analizi ile toplam 6 faktör altında toplanan memnuniyete yönelik hizmet kalitesi boyutları, özellikleri de dikkate alınarak şu şekilde isimlendirilmiştir:

- **Faktör 1:** Yemekler Hakkındaki Düşünceler,
- **Faktör 2:** Servis Odalarının Özellikleri,
- **Faktör 3:** Hastane İçi Ulaşım Hizmetleri,
- **Faktör 4:** Hekim Hizmetleri,
- **Faktör 5:** Hemşire Hizmetleri,

- **Faktör 6:** İdari Personel Hizmetleri.

İkinci aşamada ayakta tedavi gören hastalara ilişkin geçerlilik analizi gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada ilk olarak 21 sorulu (değişkenli) ve 342 denekli (gözlemli) veri seti için faktör analizi gerçekleştirilmiş olup rotasyon işleminde ilk üç faktör içerisinde birinci faktörde %52,448'lik yığılmanın oluşu sebebiyle yaygın uygulanan varimax rotasyon metodu yerine quartimax rotasyon metodunun uygulanması tercih edilmiştir. Uygulama bulgularında KMO örneklem yeterlilik ölçüsü 0,940 olarak tespit edilerek örneklem yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğu bulgusuyla karşılaşılmıştır. Bartlett Küresellik Testi sonucundaysa χ^2 5329 ile faktör analizinin istatistik olarak uygun ve anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizinde varyans açıklama oranı %1'in üzerinde üç faktör olup, ilk üç faktörün varyans açıklama oranı toplamı da %65,9 (birinci faktör %52,4, ikinci faktörün %6,8 ve üçüncü faktör de %6,6) olarak bulunmuş olup ilk üç faktörün varyans açıklama oranı, teorik olarak olması beklenen %60'lık asgari limitin oldukça üzerinde gerçekleşmiştir. Bu kapsamda tek faktörde soru grubu da aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Personel ve Diğer Hizmet Sunucularına İlişkin Gerçekleştirilen Faktör Analizinde Rotasyon Sonrası Faktör Bileşenleri Matrisi.

	Bileşenler		
Soru (Değişken)	1	2	3
Hekimin yeterli zaman ayırması	**0,728**	-0,037	0,424
Hekimin zamanında muayene edişi	**0,779**	-0,123	0,235
Hekimin teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirmesi	**0,740**	-0,049	0,487
Hekimin tedavi konusunda açık ve anlaşılır olması	**0,730**	-0,024	0,503
Tetkik sonuçlarını hekime gösterebilme kolaylığı	**0,707**	-0,057	0,145
Poliklinikte ilaç tedavisi dışında beslenme, sosyal yaşam vb konularda bilgilendirme	**0,680**	-0,244	0,082
Genel olarak hekimden duyulan memnuniyet	**0,725**	-0,012	0,425
Hemşirelerin yaklaşım ve nezaketi	**0,665**	0,396	0,144
Sekreterlerin yaklaşım ve nezaketi	**0,659**	0,457	0,097
Sağlık teknisyenlerinin yaklaşım ve nezaketi	**0,762**	0,492	0,059
Danışma görevlilerinin yönlendirme ve duyarlılığı	**0,755**	0,452	-0,099
Diğer personelin hastaya karşı yaklaşımı	**0,709**	0,469	-0,193
Güvenlik görevlilerinin ilgisi ve yönlendirmesi	**0,744**	0,358	-0,121
Vezne işlemlerinin yapılış süresi	**0,738**	0,034	-0,232
Hastanenin fiziki görünümü -temizliği-ferahlığı	**0,721**	-0,262	-0,300
Hastanenin bekleme ve dinlenme yerleri	**0,718**	-0,295	-0,350
Hastaneye ulaşım kolaylığı	**0,602**	-0,056	-0,343
Tedavi için gerekli makine ve teçhizat	**0,749**	0,166	-0,034

Telefonla aradığınız polikliniğe ulaşma/randevu alma kolaylığı	**0,725**	-0,097	-0,185
Muayene olurken mahremiyet sağlanması	**0,713**	-0,078	-0,011
Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirme	**0,759**	-0,219	-0,090

Personel ilgisi ve hizmet erişimine ilişkin geçerlilik analizi ise 12 sorulu (değişkenli) ve 366 hastadan oluşan (gözlemli) veri setine dayanarak gerçekleştirilmiştir. Geçerlilik testi kapsamında yapılan faktör analizinde rotasyon işleminde yaygın olarak tercih edilen varimax metodu tercih edilmiştir. Uygulama bulgularında KMO örneklem yeterlilik ölçüsü 0,903 olarak bulunarak örneklem yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bartlett Küresellik Testi sonucundaysa χ^2 2359 değeriyle faktör analizinin istatistik olarak uygun ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Faktör analizinde varyans açıklama oranı %1'in üzerinde olan iki faktör tespit edilmiş olup, buna göre ilk iki faktörün varyans açıklama yüzdesi %61,447'dir (birinci faktör %50,50, ikinci faktör de %11,398). Dolayısıyla ilk iki faktörün varyans açıklama oranı, %60'lık asgari limitin üzerindedir. Ancak yedinci değişkenin varyans açıklama yüzdesi %30'un altındadır. Bu sebeple söz konusu değişken çıkartılarak güvenilirlik ve geçerlilik analizleri tekrarlanmıştır.

11 sorulu (değişkenli) ve 366 denekli (gözlemli) veri seti için faktör analizi tekrarlanmıştır. Faktör analizinde rotasyon işleminde yaygın olarak tercih edilen varimax metodu tercih edilmiştir. Uygulama bulgularında KMO örneklem yeterlilik ölçüsü 0,903 olarak tespit edilerek örneklem yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğu bulgusuyla karşılaşılmıştır. Bartlett Küresellik Testi sonucundaysa χ^2 2354 değeriyle faktör analizinin istatistik olarak uygun ve anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizinde varyans açıklama oranı %1'in üzerinde olan iki faktör tespit edilmiş olup, buna göre ilk iki faktörün varyans açıklama oranı toplamı da %65,6 (birinci faktör %53,8, ikinci faktör de %11,8) olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla ilk iki faktörün varyans açıklama oranı, teorik olarak olması beklenen %60'lık asgari limitin oldukça üzerinde gerçekleşmiştir. Bu kapsamda iki faktöre dağılarak oluşan iki alt soru grubu da aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Kemoterapi (Ayaktan tedavi) Ünitesine Yönelik Personel İlgisi ve Hizmet Erişimine İlişkin Gerçekleştirilen Faktör Analizinde Rotasyon Sonrası Faktör Bileşenleri Matrisi.

		Bileşenler	
		1	2
Personel ilgisi	Ayaktan tedavi kabul görevlilerinin ilgisi	,185	**,809**
	Ayaktan tedavi ünitesinde görevli hemşirelerin yaklaşımı	,131	**,854**
	Ayaktan tedavi ünitesinde hemşirelerin tedavi süreci hakkında bilgilendirmesi	,302	**,794**
	Eczane görevlilerinin ilgisi	,465	**,641**
Hizmet erişimi ve uygulama süreleri	Hastaneye ulaşım imkânları	**,812**	,140
	Toplu taşıma ya da otoparktan hastaneye erişim durumu	**,858**	,044
	Uygulanacak ilaçlara erişim kolaylığı	**,688**	,359
	Eczane ve tedavi ünitelerine ulaşım durumu	**,701**	,375
	Ayaktan tedavi ünitesinde kayıt işlemlerinin hızı	**,589**	,562
	Tedavi onayı aldıktan sonra tedavi uygulamasına kadar geçen süre	**,640**	,439
	Ayaktan tedavi ünitesi ve bekleme salonunun konfor ve rahatlığını değerlendiriniz	**,618**	,365

Ayakta tedavi gören hastalar için yapılan faktör analizinde 3 faktör altında toplanan memnuniyete yönelik hizmet kalitesi boyutları şu şekilde isimlendirilmiştir:

- **Faktör 1:** Personel ve Diğer Hizmet Sunucularına İlişkin Bileşenler,
- **Faktör 2:** Kemoterapi (Ayaktan tedavi) Ünitesine Yönelik Personel İlgisi.
- **Faktör 2:** Kemoterapi (Ayaktan tedavi) Ünitesine Yönelik Hizmet Erişimi.

3.5. Güvenilirlik Test Bulguları

Güvenilirlik testleri yatarak ve ayaktan tedavi görenler için iki kısımda olmak üzere toplam dört ölçek için tekrarlanmıştır. Her aşamada Cronbach Alfa değerleri tespit edilmiş, ardından da değişkenlerden herhangi birisinin çıkartılması durumunda Cronbach Alfa değerindeki değişmenin ne olacağının tespiti gerçekleştirilmiştir.

İlk olarak yatarak tedavi gören hastaların personel ve otelcilik hizmetlerinden memnuniyetlerini içeren anket sorularının güvenilirliklerinin testi gerçekleştirilmiştir. Buna göre hastanede yatan hastalara sunulan otelcilik hizmetleri kapsamında yemeklerden memnuniyet, kalınan odadan memnuniyet ve hastane içi

erişimden memnuniyet konularında 22 soru yöneltilmiştir. Deneklerden 226 hasta tüm soruları cevaplarken 26 hastanın cevaplamadığı sorular bulunmaktadır. Bu sebeple de 26 hasta analiz dışında bırakılmıştır. 22 sorulu (değişken) ve 199 denekli (gözlem) veri seti için yapılan güvenilirlik analizi neticesinde, Cronbach Alfa değeri 0,961 olarak tespit edilmiştir. Bu değerin anlamıysa anket çalışmasının yüksek derecede güvenilir olduğudur. Güvenilirlik analizinde ayrıca 22 sorudan (değişkenden) herhangi birisinin kapsam dışı bırakılması sonucunda Cronbach Alfa değerlerinde ne şekilde değişimin olacağı da incelenmiştir. Elde edilen bulgular, herhangi bir değişkenin analiz dışı bırakılması durumunda dahi Cronbach Alfa değerinin 0,959 ile 0,962 arasında değişen değerler alacağı yönündedir. Bunun anlamıysa söz konusu 22 değişkenden anket çalışmasında güvenilirliği zedeleyen veya ciddi ölçüde düşüren herhangi bir değişkenin bulunmadığıdır.

Tıbbi hizmetler kapsamında hekimlerden, hemşirelerden ve idari personelden memnuniyet konularında da hastalara 17 soru yöneltilmiştir. Anket çalışmasına katılan 226 hastadan 188'si tüm soruları cevaplarken 38'inin cevaplamadığı sorular mevcuttur. Bu sebeple de söz konusu 38 deneğin anketleri, analiz dışında bırakılmıştır. 17 sorulu (değişken) ve 188 denekli (gözlem) veri seti için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi kapsamında Cronbach Alfa değeri 0,968 olarak tespit edilmiştir. Bu değerin anlamıysa anket çalışmasının yüksek derecede güvenilir olduğudur. Güvenilirlik analizi kapsamında ikinci olarak ayrıca 17 sorudan (değişkenden) herhangi birisinin kapsam dışı bırakılması durumunda Cronbach Alfa değerlerinin ne olacağının sorgulamasına gidilmiştir. Elde edilen bulgularsa Cronbach Alfa değerlerinin 0,966 ile 0,967 arasında değiştiği yönündedir. Dolayısıyla da anket çalışmasında güvenilirliği zedeleyen veya ciddi ölçüde düşüren herhangi bir değişkenin (sorunun) bulunmadığı sonucuna varılmıştır.

İkinci olarak ayakta tedavi gören hastaların personel ve diğer hizmet sunucularından memnuniyetleri ile personel ve hizmetlere erişimden memnuniyetlerini tespite odaklanan anket sorularının güvenilirliklerinin testi gerçekleştirilmiştir. Hastanede ayakta tedavi gören hastalara sunulan personel ve

diğer hizmet sunucuları kapsamında hekim, hemşire vd personelden, fiziki şartlardan memnuniyet hakkında hastalara 21 soru sorulmuştur. 439 hastadan 97'sinin cevaplamadığı sorular mevcuttur. Bu sebeple 97 deneğin anketleri analiz dışı bırakılmıştır. 21 sorulu (değişken) ve 342 denekli (gözlem) veri seti için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alfa değeri 0,952 olarak bulunduğundan anket çalışmasının yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca 21 sorudan (değişkenden) herhangi birisinin kapsam dışı bırakılması durumunda Cronbach Alfa değerlerindeki değişim de incelenmiş, herhangi bir değişkenin analiz dışı bırakılması katsayının 0,949-0,952 arasında değer alacağı, dolayısıyla da hiçbir değişkenin güvenilirliği zedelemediği veya düşürmediği görülmüştür.

Hastanede ayakta tedavi gören hastalara sunulan personel ve diğer hizmet sunucuları kapsamında hekim, hemşire vd. personelden memnuniyet, fiziki şartlardan memnuniyet konularında hastalara 12 soru yöneltilmiştir. 439 hastadan 363'ü tüm soruları cevaplarken 76'sının cevaplamadığı sorular mevcuttur. Bu sebeple de söz konusu 76 deneğin anketleri, analiz dışında bırakılmıştır. 12 sorulu (değişken) ve 363 denekli (gözlem) veri seti için ilk olarak gerçekleştirilen güvenilirlik analizinde, Cronbach Alfa değerinin 0,835 olarak tespit edilmiştir. Bu değerin anlamıysa anket çalışmasının yüksek derecede güvenilir olduğudur. Güvenilirlik analizinde ayrıca 12 sorudan (değişkenden) herhangi birisinin kapsam dışı bırakılması sonucunda Cronbach Alfa değerlerinde ne şekilde değişimin olacağı da incelenmiştir. Elde edilen bulgular, herhangi bir değişkenin analiz dışı bırakılması durumunda Cronbach Alfa değerinin 0,810-0,911 arasında değer aldığı olup 12 değişkenden güvenilirliği zedeleyen veya ciddi ölçüde düşüren hiçbir değişken bulunmamaktadır. Ancak yapılan faktör analizinde yedinci değişkenin varyans açıklama yüzdesinin %30'un altında tespit edilmesi sebebiyle analiz dışında bırakılması sonrasında, 11 değişken için güvenilirlik sınamasının tekrarı gerçekleştirilmiştir. Bir sorunun kapsam dışı bırakılmasıyla tekrarlanan 11 sorulu (değişken) ve 366 denekli (gözlem) anketin güvenilirlik analizinde, Cronbach Alfa değeri 0,911 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla anket çalışması yüksek derecede güvenilirdir. Ayrıca 11 sorudan

(değişkenden) herhangi birisinin kapsam dışı bırakılması durumunda Cronbach Alfa değerinin 0,898-0,907 arasında değiştiği görülmüştür. Bunun anlamıysa söz konusu 11 değişkenden anket çalışmasında güvenilirliği zedeleyen veya ciddi ölçüde düşüren herhangi bir değişkenin (sorunun) bulunmadığıdır.

3.6. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Memnuniyetin Cinsiyet, Medeni Durum Eğitim ve Gelir Düzeylerine Göre Ayrışma Bulguları

Çalışmanın bu kısmında yatarak tedavi gören hastalarda memnuniyetin dört ayrı özelliğe göre ayrışıp-ayrışmadığı sınanmıştır. Faktör analizlerinde tespit edilen alt boyutlarda yer alan sorulara verilen cevapların aritmetik ortalaması alınarak elde edilen değerlere göre alt boyutlarda farklılaşmanın olup-olmadığı sınamasının yapıldığı dört ayrı özellikse cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi ve eğitim seviyesidir.

İlk olarak yatarak tedavi gören hastaların otelcilik hizmetlerinden memnuniyetlerinin cinsiyete göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmıştır. Cinsiyete göre otelcilik hizmetlerinden memnuniyette ayrışmanın olmadığı t testleri sonucunda tespit edilmiş olup memnuniyet ortalamaları 5 üzerinden 3,8 ile 4,2 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 8).

Tablo 8. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Otelcilik Hizmetlerden Memnuniyetlerinde Cinsiyet Göre Ayrışma

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Levene'in Testi**		**t Testi**	
					F	**p**	**t**	**p**
Yemeklerden memnuniyet	Erkek	120	4,20	0,774	0,033	0,856	1,648	0,101
	Kadın	67	4,00	0,835				
Odadan memnuniyet	Erkek	120	4,13	0,922	0,003	0,955	0,148	0,883
	Kadın	67	4,10	0,890				
Hastane içi ulaşımdan memnuniyet	Erkek	120	4,03	0,819	0,615	0,434	0,949	0,344
	Kadın	67	3,91	0,900				
Ölçek genel memnuniyet	Erkek	120	4,00	0,789	1,887	0,171	1,708	0,089
	Kadın	67	3,79	0,826				

İkinci olarak yatarak tedavi gören hastaların otelcilik hizmetlerinden memnuniyetlerinin medeni duruma göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmıştır. Medeni duruma göre otelcilik hizmetlerinden memnuniyette ayrışmanın olmadığı t testleri sonucunda tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 9).

Tablo 9. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Otelcilik Hizmetlerden Memnuniyetlerinde Medeni Duruma Göre Ayrışma

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Levene'in Testi**		**t Testi**	
					F	**p**	**t**	**p**
Yemeklerden memnuniyet	Bekar	26	4,23	0,765	0,021	0,886	0,709	0,479
	Evli	162	4,11	0,804				
Odadan memnuniyet	Bekar	26	4,27	0,827	0,027	0,871	0,923	0,357
	Evli	162	4,09	0,918				
Hastane içi ulaşımdan memnuniyet	Bekar	26	3,96	0,958	1,09	0,298	-0,145	0,885
	Evli	162	3,99	0,834				
Ölçek genel memnuniyet	Bekar	26	3,88	0,816	0,063	0,802	-0,279	0,781
	Evli	162	3,93	0,805				

Üçüncü olarak yatarak tedavi gören hastaların otelcilik hizmetlerinden memnuniyetlerinin eğitim seviyesine göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmış olup sadece yemeklerden memnuniyette mezuniyete göre farklılaşmanın olduğu anova testi sonucunda tespit edilmiştir. Memnuniyet ortalamaları da 5 üzerinden 3,8 ile 4,5 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 10).

Tablo 10. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Otelcilik Hizmetlerden Memnuniyetlerinde Eğitim Seviyesine Göre Ayrışma

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Levene'in Testi**		**ANOVA**	
					F	**p**	**F**	**p**
Yemeklerden memnuniyet	İlkokul	113	4,30	0,635	1,306	0,269	2,433	0,049
	Ortaokul	26	4,49	0,698				
	Lise	29	4,22	0,751				
	Lisans	16	3,83	0,903				
	Lisansüstü	3	4,44	0,509				
Odadan memnuniyet	İlkokul	113	4,28	0,697	0,981	4,000	1,144	0,337
	Ortaokul	26	4,24	0,856				
	Lise	29	4,41	0,603				
	Lisans	16	4,26	0,639				
	Lisansüstü	3	3,88	0,979				
Hastane içi ulaşımdan memnuniyet	İlkokul	113	4,40	0,529	0,430	4,000	0,885	0,474
	Ortaokul	26	4,24	0,805				
	Lise	29	4,19	0,671				
	Lisans	16	4,28	0,754				
	Lisansüstü	3	4,08	0,749				

Ölçek genel memnuniyet	İlkokul	113	3,92	0,812	1,014	4,000	1,723	0,147
	Ortaokul	26	4,39	0,536				
	Lise	29	4,16	0,706				
	Lisans	16	4,24	0,619				
	Lisansüstü	3	4,39	0,636				

Dördüncü olarak Anova sonucunda yemeklerden eğitim düzeyine göre farklılaşmanın olduğunun tespiti sonrasında yapılan LSD testi bulguları, lisans düzeyinde mezuniyeti olan hastaların ilkokul ve ortaokul mezunu hastalara göre farklılaştığını göstermekte olup lisans mezunu hastaların yemeklerden memnuniyet ortalaması 3,83 iken ilkokul mezunu hastaların memnuniyet ortalaması 4,3 ve ortaokul mezunu hastaların memnuniyet ortalaması da 4,49 olarak gerçekleşmiştir (Bkz. Tablo 11).

Tablo 11. Eğitim Düzeyine Göre Otelcilik Hizmetlerinden Memnuniyette Farklılıklar (LSD Testi)

Değişkenler	Kategori I	Kategori II	p	Üst sınır	Alt sınır
Yemeklerden memnuniyet	İlkokul	Ortaokul	0,195	0,101	-0,489
		Lise	0,599	0,357	-0,207
		Lisans	0,012	0,828	0,104
		Lisansüstü	0,719	0,648	-0,938
	Ortaokul	İlkokul	0,195	0,489	-0,101
		Lise	0,148	0,635	-0,097
		Lisans	0,003	1,091	0,230
		Önlisans	0,907	0,876	-0,777
	Lise	İlkokul	0,599	0,207	-0,357
		Ortaokul	0,148	0,097	-0,635
		Lisans	0,069	0,813	-0,031
		Lisansüstü	0,598	0,602	-1,042
	Lisans	İlkokul	0,012	-0,104	-0,828
		Ortaokul	0,003	-0,230	-1,091
		Lise	0,069	0,031	-0,813
		Lisansüstü	0,159	0,242	-1,464
	Lisansüstü	İlkokul	0,719	0,938	-0,648
		Ortaokul	0,907	0,777	-0,876
		Lise	0,598	1,042	-0,602
		Lisans	0,159	1,464	-0,242

Beşinci olarak yatarak tedavi gören hastaların otelcilik hizmetlerinden memnuniyetlerinin gelir seviyesine göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmış olup ayrışmanın olmadığı anova testleri sonucunda tespit edilmiştir. Memnuniyet ortalamaları da 5 üzerinden 3,8 ile 4,2 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 12).

Tablo 12. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Otelcilik Hizmetlerden Memnuniyetlerinde Gelir Seviyesine Göre Ayrışma

Değişkenler	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Levene'in Testi		ANOVA	
					F	p	F	p
Yemeklerden memnuniyet	<500 TL	13	4,23	0,927	0,312	0,870	0,091	0,985
	501-1000 TL	32	4,16	0,847				
	1001-1500 TL	78	4,10	0,783				
	1501-2000 TL	29	4,14	0,743				
	>2001 TL	24	4,17	0,868				
Hemşirelerden memnuniyet	<500 TL	13	4,14	0,803	0,274	0,894	1,634	0,168
	501-1000 TL	32	4,38	0,768				
	1001-1500 TL	78	4,28	0,888				
	1501-2000 TL	29	4,09	0,885				
	>2001 TL	24	3,79	1,082				
İdari personelden memnuniyet	<500 TL	13	4,25	0,794	1,633	0,168	0,051	0,995
	501-1000 TL	32	4,12	0,909				
	1001-1500 TL	78	4,00	0,913				
	1501-2000 TL	29	4,03	0,695				
	>2001 TL	24	4,00	0,912				
Ölçek genel memnuniyet	<500 TL	13	4,00	0,756	0,204	0,936	0,161	0,958
	501-1000 TL	32	4,08	0,881				
	1001-1500 TL	78	4,02	0,838				
	1501-2000 TL	29	3,92	0,862				
	>2001 TL	24	3,94	0,716				

Altıncı olarak yatarak tedavi gören hastaların personelden memnuniyetlerinde cinsiyete göre ayrışma t testleriyle sınanarak ayrışma bulunmadığı görülmüştür. Memnuniyet ortalamaları ise 5 üzerinden 3,8 ile 4,2 arasındadır (Bkz. Tablo 13).

Tablo 13. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Personelden Memnuniyetlerinde Cinsiyet Göre Ayrışma

Değişkenler	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Levene'in Testi		t Testi	
					F	p	t	p
Hekimlerden memnuniyet	Erkek	120	4,20	0,774	0,033	0,856	1,648	0,101
	Kadın	67	4,00	0,835				
Hemşirelerden memnuniyet	Erkek	120	4,13	0,922	0,003	0,955	0,148	0,883
	Kadın	67	4,10	0,890				
İdari personelden memnuniyet	Erkek	120	4,03	0,819	0,615	0,434	0,949	0,344
	Kadın	67	3,91	0,900				
Ölçek genel memnuniyet	Erkek	120	4,00	0,789	1,887	0,171	1,708	0,089
	Kadın	67	3,79	0,826				

Yedinci olarak yatarak tedavi gören hastaların personelden memnuniyetlerinin medeni duruma göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmış olup t testleri sonucunda herhangi bir ayrışmanın olmadığı tespit edilmiştir. Memnuniyet ortalamaları da 5 üzerinden 3,9 ile 4,2 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 14).

Tablo 14. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Personelden Memnuniyetlerinde Medeni Duruma Göre Ayrışma

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Levene'in Testi**		**t Testi**	
					F	**p**	**t**	**p**
Hekimlerden memnuniyet	Bekar	26	4,23	0,765	0,021	0,886	0,709	0,479
	Evli	162	4,11	0,804				
Hemşirelerden memnuniyet	Bekar	26	4,27	0,827	0,027	0,871	0,923	0,357
	Evli	162	4,09	0,918				
İdari personelden memnuniyet	Bekar	26	3,96	0,958	1,09	0,298	-0,145	0,885
	Evli	162	3,99	0,834				
Ölçek genel memnuniyet	Bekar	26	3,88	0,816	0,063	0,802	-0,279	0,781
	Evli	162	3,93	0,805				

Sekizinci olarak yatarak tedavi gören hastaların personelden memnuniyetlerinin eğitim durumuna göre farklılaşıp-farklılaşmadığı anova ile sınanmış olup, hekimlerden memnuniyette ve ölçek genel memnuniyetinde ayrışmanın olduğu görülmüştür. Memnuniyet ortalamaları da 5 üzerinden 3,6 ile 4,3 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 15).

Tablo 15. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Personelden Memnuniyetlerinde Eğitim Seviyesine Göre Ayrışma

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Levene'in Testi**		**ANOVA**	
					F	**p**	**F**	**p**
Hekimlerden memnuniyet	İlkokul	113	4,15	0,735	1,333	0,260	2,670	0,034
	Ortaokul	26	4,35	0,846				
	Lise	29	4,10	0,817				
	Lisans	16	3,56	0,964				
	Lisansüstü	3	4,33	0,577				
Hemşirelerden memnuniyet	İlkokul	113	4,12	0,797	0,785	4,000	1,138	0,340
	Ortaokul	26	4,13	0,959				
	Lise	29	4,27	0,724				
	Lisans	16	4,10	0,772				
	Lisansüstü	3	3,69	1,014				
İdari personelden memnuniyet	İlkokul	113	4,33	0,577	1,202	4,000	2,004	0,096
	Ortaokul	26	4,11	0,906				
	Lise	29	4,04	0,790				
	Lisans	16	4,19	0,895				

	Lisansüstü	3	3,79	0,940				
Ölçek genel memnuniyet	İlkokul	113	3,56	0,964	1,053	4,000	2,763	0,029
	Ortaokul	26	4,33	0,577				
	Lise	29	3,98	0,852				
	Lisans	16	3,96	0,749				
	Lisansüstü	3	4,15	0,834				

Dokuzuncu olarak Anova sonucunda hekimlerden ve tüm personelden memnuniyette eğitim düzeyine göre farklılaşmanın olduğunun tespiti sonrasında yapılan LSD testi bulguları, lisans düzeyinde mezuniyeti olan hastaların ilkokul, ortaokul ve lise mezunu hastalara göre farklılaştığını göstermektedir. Lisans mezunu hastalarda hekimlerden memnuniyet ortalaması 5 üzerinden 3,56 iken bu ortalamalar ilkokul mezunu hastalarda 4,15; ortaokul mezunu hastalarda 4,35 ve lise mezunu hastalarda 4,10 olarak gerçekleşmiştir (Bkz.Tablo 16).

Tablo 16. Eğitim Düzeyine Göre Personelden Memnuniyette Farklılıklar (LSD Testi)

Değişkenler	Kategori I	Kategori II	p	Üst sınır	Alt sınır	Değişkenler	Kategori I	Kategori II	p	Üst sınır	Alt sınır
Hekimlerden memnuniyet	İlkokul	Ortaokul	0,252	0,140	-0,532	Tüm personelden memnuniyet	İlkokul	Ortaokul	0,251	0,142	-0,538
		Lise	0,773	0,369	-0,275			Lise	0,570	0,419	-0,231
		Lisans	**0,005**	1,001	0,175			Lisans	**0,007**	0,998	0,164
		Lisansüstü	0,690	0,721	-1,087			Lisansüstü	0,416	0,536	-1,291
	Ortaokul	İlkokul	0,252	0,532	-0,140		Ortaokul	İlkokul	0,251	0,538	-0,142
		Lise	0,253	0,660	-0,175			Lise	0,174	0,714	-0,130
		Lisans	**0,002**	1,275	0,293			Lisans	**0,002**	1,275	0,283
		Önlisans	0,979	0,955	-0,929			Önlisans	0,710	0,773	-1,132
	Lise	İlkokul	0,773	0,275	-0,369		Lise	İlkokul	0,570	0,231	-0,419
		Ortaokul	0,253	0,175	-0,660			Ortaokul	0,174	0,130	-0,714
		Lisans	**0,028**	1,022	0,060			Lisans	**0,050**	0,973	0,001
		Lisansüstü	0,629	0,707	-1,167			Lisansüstü	0,328	0,476	-1,418
	Lisans	İlkokul	**0,005**	-0,175	-1,001		Lisans	İlkokul	**0,007**	-0,164	-0,998
		Ortaokul	**0,002**	-0,293	-1,275			Ortaokul	**0,002**	-0,283	-1,275
		Lise	**0,028**	-0,060	-1,022			Lise	**0,050**	-0,001	-0,973
		Lisansüstü	0,119	0,201	-1,743			Lisansüstü	0,056	0,024	-1,941
	Lisansüstü	İlkokul	0,690	1,087	-0,721		Lisansüstü	İlkokul	0,416	1,291	-0,536
		Ortaokul	0,979	0,929	-0,955			Ortaokul	0,710	1,132	-0,773
		Lise	0,629	1,167	-0,707			Lise	0,328	1,418	-0,476
		Lisans	0,119	1,743	-0,201			Lisans	0,056	1,941	-0,024

Onuncu olarak yatarak tedavi gören hastaların otelcilik hizmetlerinden memnuniyetlerinin gelir seviyesine göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmıştır. Gelir seviyesine göre otelcilik hizmetlerinden memnuniyette ayrışmanın olmadığı anova

testleri sonucunda tespit edilmiş olup memnuniyet ortalamaları 5 üzerinden 3,8 ile 4,2 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 17).

Tablo 17. Yatarak Tedavi Gören Hastaların Personelden Memnuniyetlerinde Gelir Seviyesine Göre Ayrışma

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Levene'in Testi**		**ANOVA**	
					F	**p**	**F**	**p**
Hekimlerden memnuniyet	<500 TL	13	4,23	0,927	0,312	0,870	0,091	0,985
	501-1000 TL	32	4,16	0,847				
	1001-1500 TL	78	4,10	0,783				
	1501-2000 TL	29	4,14	0,743				
	>2001 TL	24	4,17	0,868				
Hemşirelerden memnuniyet	<500 TL	13	4,14	0,803	0,274	0,894	1,634	0,168
	501-1000 TL	32	4,38	0,768				
	1001-1500 TL	78	4,28	0,888				
	1501-2000 TL	29	4,09	0,885				
	>2001 TL	24	3,79	1,082				
İdari personelden memnuniyet	<500 TL	13	4,25	0,794	1,633	0,168	0,051	0,995
	501-1000 TL	32	4,12	0,909				
	1001-1500 TL	78	4,00	0,913				
	1501-2000 TL	29	4,03	0,695				
	>2001 TL	24	4,00	0,912				
Ölçek genel memnuniyet	<500 TL	13	4,00	0,756	0,204	0,936	0,161	0,958
	501-1000 TL	32	4,08	0,881				
	1001-1500 TL	78	4,02	0,838				
	1501-2000 TL	29	3,92	0,862				
	>2001 TL	24	3,94	0,716				

3.7. Ayakta Tedavi Gören Hastalarda Memnuniyetin Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim ve Gelir Düzeylerine Göre Ayrışma Bulguları

Çalışmanın bu kısmında ayakta tedavi gören hastalarda memnuniyetin dört ayrı özelliğe göre ayrışıp-ayrışmadığı sınanmıştır. Sınamalar, faktör analizlerinde tespit edilen alt boyutlarda yer alan sorulara verilen cevapların aritmetik ortalaması alınarak (cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi ve eğitim seviyesi) gerçekleştirilmiştir. İlk olarak personel ve diğer hizmet sunucularından memnuniyette cinsiyete ve medeni duruma göre ayrışma sınanmış olup her iki açıdan

da ayrışma olmadığı t ve Mann-Whitney U testleri sonucunda tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 18).

Tablo 18. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel ve Diğer Hizmet Sunucularından Memnuniyetlerinde Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Ayrışma

Ayrışma Grubu	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Levene'in Testi		t Testi		Mann-Whitney U Testi	
					F	p	t	p	Z	p
Cinsiyet	Erkek	169	3,83	0,713	2,878	0,091	1,328	0,185	---	---
	Kadın	172	3,73	0,780						
Medeni Hal	Bekar	45	3,60	0,915	6,76	0,010	-1,721	0,086	-1,428	0,153
	Evli	294	3,81	0,720						

İkinci olarak ayakta tedavi gören hastaların personel ve diğer hizmet sunucularından memnuniyetlerinin eğitim ve gelir seviyelerine göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmıştır. Hem eğitim hem de gelir seviyelerine göre memnuniyette ayrışmanın olmadığı anova testleri sonucunda tespit edilmiş olup memnuniyet ortalamaları 5 üzerinden 3,6 ile 3,9 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 19).

Tablo 19. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel ve Diğer Hizmet Sunucularından Memnuniyetlerinde Eğitim ve Gelir Seviyelerine Göre Ayrışma

Değişkenler	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Levene'in Testi		ANOVA	
					F	p	F	p
Personel ve diğer hizmet sunucularından memnuniyet	İlkokul	153	3,82	0,729	1,537	0,191	0,783	0,537
	Ortaokul	37	3,89	0,658				
	Lise	70	3,74	0,774				
	Lisans	64	3,66	0,801				
	Lisansüstü	5	3,80	0,837				
Personel ve diğer hizmet sunucularından memnuniyet	<500 TL	17	3,59	0,795	2,219	0,067	0,649	0,628
	501-1000 TL	45	3,76	0,883				
	1001-1500 TL	113	3,85	0,684				
	1501-2000 TL	73	3,79	0,686				
	>2001 TL	75	3,72	0,831				

Üçüncü olarak ayakta tedavi gören hastaların personel ilgisi ve hizmet erişiminden memnuniyetlerinin cinsiyete göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmıştır. Cinsiyete göre memnuniyette ayrışmanın olmadığı t testleri sonucunda tespit edilmiş olup memnuniyet ortalamaları 5 üzerinden 4,2 ile 4,5 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 20).

Tablo 20. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel İlgisi ve Hizmet Erişiminden Memnuniyetlerinde Cinsiyete Göre Ayrışma

Değişkenler	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Levene'in Testi		t Testi	
					F	p	t	p
Personel ilgisinden memnuniyet	Erkek	173	4,54	0,605	0,107	0,743	0,576	0,565
	Kadın	191	4,51	0,570				
Hizmet erişiminden memnuniyet	Erkek	173	4,20	0,670	0,292	0,590	0,480	0,632
	Kadın	191	4,16	0,688				
Ölçek genel memnuniyet	Erkek	173	4,31	0,623	0,359	0,550	1,005	0,316
	Kadın	318	4,28	0,604				

Dördüncü olarak ayakta tedavi gören hastaların personel ilgisi ve hizmet erişiminden memnuniyetlerinin medeni durumlarına göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmıştır. Medeni duruma göre memnuniyette ayrışmanın olmadığı t testleri sonucunda tespit edilmiş olup memnuniyet ortalamaları 5 üzerinden 4,2 ile 4,5 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 21).

Tablo 21. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel İlgisi ve Hizmet Erişiminden Memnuniyetlerinde Medeni Duruma Göre Ayrışma

Değişkenler	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Levene'in Testi		t Testi	
					F	p	t	p
Personel ilgisinden memnuniyet	Bekar	47	4,45	0,686	2,123	0,146	-0,916	0,360
	Evli	318	4,53	0,576				
Hizmet erişiminden memnuniyet	Bekar	47	4,09	0,775	0,622	0,431	-1,007	0,315
	Evli	318	4,19	0,663				
Ölçek genel memnuniyet	Bekar	47	4,23	0,729	1,797	0,181	-0,440	0,660
	Evli	318	4,28	0,604				

Beşinci olarak ayakta tedavi gören hastaların personel ilgisi ve hizmet erişiminden memnuniyetlerinin eğitim seviyesine göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmıştır. Eğitim seviyesine göre memnuniyette ayrışmanın olmadığı anova ve Kruskal Wallis testleri sonucunda tespit edilmiş olup memnuniyet ortalamaları 5 üzerinden 4,1 ile 4,8 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 22).

Tablo 22. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel İlgisi ve Hizmet Erişiminden Memnuniyetlerinde Eğitim Seviyesine Göre Ayrışma

Değişkenler	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Levene'in Testi		ANOVA		Kruskal Wallis Testi	
					F	p	F	p	χ^2	p

Personel ilgisinden memnuniyet	İlkokul	155	4,59	0,567	2,244	0,064	1,398	0,234	---	---
	Ortaokul	39	4,51	0,506						
	Lise	71	4,46	0,605						
	Lisans	81	4,43	0,651						
	Lisansüstü	5	4,80	0,447						
Hizmet erişiminden memnuniyet	İlkokul	155	4,52	0,589	1,825	0,124	0,554	0,697	---	---
	Ortaokul	39	4,21	0,681						
	Lise	71	4,21	0,695						
	Lisans	81	4,18	0,703						
	Lisansüstü	5	4,07	0,648						
Ölçek genel memnuniyet	İlkokul	155	4,32	0,622	3,364	0,010	---	---	3,224	0,521
	Ortaokul	39	4,23	0,667						
	Lise	71	4,28	0,659						
	Lisans	81	4,19	0,550						
	Lisansüstü	5	4,40	0,548						

Altıncı olarak ayakta tedavi gören hastaların personel ilgisi ve hizmet erişiminden memnuniyetlerinin gelir seviyesine göre farklılaşıp-farklılaşmadığı sınanmıştır. Gelir seviyesine göre memnuniyette ayrışmanın olmadığı t testleri sonucunda tespit edilmiş olup memnuniyet ortalamaları 5 üzerinden 4,1 ile 4,5 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 23).

Tablo 23. Ayakta Tedavi Gören Hastaların Personel İlgisi ve Hizmet Erişiminden Memnuniyetlerinde Gelir Seviyesine Göre Ayrışma

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Levene'in Testi**		**ANOVA**	
					F	**p**	**F**	**p**
Personel ilgisinden memnuniyet	<500 TL	19	4,42	0,692	1,442	0,220	0,091	0,985
	501-1000 TL	48	4,56	0,501				
	1001-1500 TL	114	4,54	0,551				
	1501-2000 TL	82	4,52	0,633				
	>2001 TL	82	4,50	0,593				
Hizmet erişiminden memnuniyet	<500 TL	19	4,52	0,581	0,880	0,476	1,634	0,168
	501-1000 TL	48	3,84	0,688				
	1001-1500 TL	114	4,17	0,781				
	1501-2000 TL	82	4,25	0,632				
	>2001 TL	82	4,20	0,693				
Ölçek genel memnuniyet	<500 TL	345	4,16	0,638	1,222	0,301	0,051	0,995
	501-1000 TL	19	4,18	0,675				
	1001-1500 TL	48	4,05	0,621				
	1501-2000 TL	114	4,27	0,676				
	>2001 TL	82	4,31	0,597				

3.8. Tartışma

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti çalışmaları, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır. Bu konudaki araştırmalar, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde iyileştirilmesini sağlamak, sosyodemografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin hasta tatmini üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Özer vd. (2007), Türkiye'de sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri değerlendirken hasta memnuniyeti ile ilgili araştırma yöntemleri olan kalitatif (odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları) ve kantitatif (yüz yüze, posta ve telefonla anket) yöntemlerin karması olarak yapılan çalışmaların ideal araştırmalar olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca Servqual ölçeğinin sağlık hizmetlerinin algılanan hizmet kalitesinin belirlenmesinde bir standart olarak kullanıldığını vurgulamışlardır. Aynı derlemenin sonucunda hasta memnuniyetinin, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede temel bir kriter olduğu, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilendiğine de işaret edilmiştir.

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen faktör analizleri sonucunda belirlenen boyutlar dikkate alınarak yapılan değerlendirmede yatan hastalarda, tedavi süreçlerinde fiziksel ve çevresel faktörlerden biri olan yemek hizmetlerinden genel bir memnuniyetin varlığı tespit edilmiştir. Ancak lisans düzeyinde mezuniyete sahip olanlarla ilk ve ortaokul mezunları arasında yemeklerden memnuniyette bir ayrışmanın yaşandığı da görülmekte olup, lisans mezunlarının memnuniyet düzeyleri, ilk ve ortaokul mezunlarının memnuniyet düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmektedir. Literatürde yemek hizmetleri, yatarak tedavi gören hastalarda taburcu olduktan sonra en fazla hatırladıkları konular arasında yer almaktadır. Bu konuda Yaşa (2012)'nın çalışmasında yemek hizmetlerinin, tedavi yönteminin ve hemşirelik hizmetlerinin memnuniyet üzerinde etkisi bulunan en önemli kriterler arasında tespit edilmiştir. Bu çalışmada yemeklerle ilgili genel memnuniyetin varlığına karşılık, Savaş ve Bahar (2011)'ın Gaziantep Üniversitesi

Tıp Fakültesi'nde ve Kıdak ve Aksaraylı (2008)'nın Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yaptıkları çalışmalarda yemek hizmetlerinden genel bir memnuniyetsizlik görülmektedir. Söz konusu zıt bulguların varlığı ise, sonuçların kurumlara ve hastalık türlerine göre değişkenlik gösterdiğini desteklemektedir.

Otelcilik hizmetlerinden memnuniyet konusunda yatarak tedavi gören hastaların servis odalarından da memnuniyetlerinin genel olarak yüksek olduğu sonucuyla karşılaşılmıştır. Konuya yönelik Tezcan vd. (2014)'nin Pamukkale Üniversitesi'nde, Taşlıyan vd. (2010)'nin Malatya Devlet Hastanesi'nde ve Karaalp (2014)'in, Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde gerçekleştirdikleri; çalışmalar da fiziksel ve çevresel faktörlerin hastaların hizmet kalitesi ve memnuniyet algıları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna varmışlardır. Bu konuda gerekli önlemlerin alınması ve hastane yöneticileri açısından, sağlık hizmetlerinin önemli bir ölçütü olan hasta memnuniyeti anketlerinin periyodik olarak uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Önsüz vd. (2008) tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmadaysa hastaların genel memnuniyet seviyesinin en fazla servis odaları ve hekim becerilerinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla servis odalarının hasta memnuniyetinde önemli ağırlığı mevcuttur. Şişe ve Altınel (2012)'in Konya'da, Leventoğlu vd. (2013)'nin Bursa'da, Erdem vd. (2015)'nin Hatay'da yatan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda "oda sıcaklığı, temizliği, rahatlığı, gürültü ve yatak sayısı" ile ilgili olan kriterlerde en düşük düzeyde memnuniyetin tespit edilişi de tıpkı yemeklerde olduğu gibi ülke ölçeğinde genel bir standartın tutturulamadığını desteklemektedir.

Uluslararası ölçekte de genel bir standartın sağlanabildiğini savunmak oldukça güçtür. Nitekim Langen vd. (2006)'nin, Norveç'te yaptıkları çalışmalarında, servislerdeki temizlik hizmetleri hakkında hastaların görüşlerini değerlendirmişler ve temizliğin yapıldığı saatlerden, temizlik sırasında sessizlikten ve tuvalet ve çöplerin temizliğinden hastaların düşük düzeyde memnun oldukları sonucuyla karşılaşmışlardır. Çoğunlukla hastaların temizlik makinesinin sesinden ve temizlik maddelerinin kötü kokmasından rahatsız oldukları görülmüştür. Temizlik konusunda

memnuniyetin sürekliliğinin, yöneticilerin yapacağı kontrollerin sıklığı ile orantılı olduğu dikkat çeken sonuçlar arasındadır. Ayrıca, bu çalışmanın hizmet kalitesinin artırılması için düzenli aralıklarla tekrarlanması gerektiği, memnuniyet düzeyini düşüren kriterlerin irdelenmesi ve gerekli iyileştirilmelerin yapılmasının önemine değinilmiştir.

Yatan hastaların memnuniyetine yönelik ulaşım hizmetleri boyutu incelendiğinde sonuçlar genel olarak memnuniyetin yüksek olduğunu göstermektedir. Akbaş (2014) Manisa Devlet Hastanesi'nde, Şişe vd. (2013) Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde, Demir vd. (2009) Fırat Üniversitesi'nde yaptıkları çalışmalarda; hasta memnuniyeti ile ulaşım hizmetleri arasında pozitif ve anlamlı ilişki olduğunu, bu iki değişkenin memnuniyet göstergesi olarak kabul edilebileceğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmalar sonucunda hastaların tedavi gördükleri hastanelerin fiziksel özelliklerinden ve ulaşım hizmetlerinden yüksek oranda memnuniyet bildirdikleri göze çarpmaktadır. Diğer yandan Tükel vd. (2004)'nin, Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde ve Kırılmaz'ın (2013) İstanbul, Tekirdağ, Malatya, Trabzon, Uşak, Erzurum'da bulunan 6 kamu hastanesinde gerçekleştirdiği çalışmalarda; memnuniyete etki eden üç faktör üzerinde durulmuş; ulaşım hizmetleri, hastanenin çevresel özellikleri içerisinde yer alırken diğer faktörlere göre daha fazla önem verilmesi gereken konu olduğu da savunulmuştur.

Hizmet kalitesinde çalışan personel boyutlarından hekim hizmetlerine bakıldığında, lisans mezunu hastalarla ilk,ortaokul ve lise mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ayrışmanın olduğu görülmektedir. Buna göre lisans mezunlarının hekimlerden memnuniyetleri, diğer üç mezun grubundaki memnuniyet düzeylerine göre oldukça düşük düzeyde kalmaktadır. Bu durumsa Hekimoğlu vd. (2013)'nin eğitim seviyesi arttıkça beklentinin de arttığı yönündeki bulgularını destekler özelliktedir. Yine de genel olarak hekimlerden memnuniyetin oldukça yüksek seviyede gerçekleştiği sonucuyla karşılaşılmaktadır. Konuya yönelik yapılan diğer çalışmalarda Kıdak ve Aksaraylı (2008), hekim tarafından

bilgilendirilmenin hastalar üzerindeki memnuniyet algısını etkilediğini vurgularken, Yağcı ve Duman (2006), Hizmet Kalitesi ile Memnuniyet ilişkisine yönelik yaptıkları çalışmada hasta bağlılığının, hekim ve hemşire hizmetlerinin bir fonksiyonu olduğu sonucuna varmışlardır. Lovelock vd. (2006)'nin İngiltere'de, Tezcan vd. (2014)'nin ise Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde yürüttükleri çalışmada, hastaların genel memnuniyetini olumlu olarak etkileyen faktörlerin başında hekimin ilgisi ve zaman ayırmasının geldiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada yatan hastalarda hekimlerden memnuniyetin genel olarak yüksek oluşu, hastane hizmetlerinden bütünsel olarak memnuniyet düzeylerinin yüksek oluşunu da beraberinde getirmiş görünmektedir.

Hemşirelik hizmetlerinin hastanedeki durumu değerlendirildiğinde; yatan ve ayaktan tedavi gören hastaların hemşireler konusunda genel olarak memnuniyetinin yüksek olduğu görülmektedir. Düşük bir oranda da olsa yatan hastalarda hemşirelerin tedavi için ayırdıkları zaman, tutum ve davranışları, soru ve endişeler için gösterilen duyarlılık, erişim kolaylığı ve odaya gelme sıklığı gibi konularda sınırlı düzeyde memnuniyetsizlik bildirimi görülmektedir. Kanser hastalarının psikolojileri gereği daha fazla özene ve dikkate ihtiyaç duymalarının yanında personel azlığı, bilgi eksikliği ve yoğun çalışma şartlarının bu durumda etkili olduğu savunulabilir. Bu sonuçlara göre hemşirelerin dinlenerek sorunlarına çözüm getirilmesi, personel yetersizliğinin giderilmesi ve hizmet içi eğitim programları düzenlenerek bilgi eksikliklerinin tamamlanması gibi girişimlerin, kurumun hemşirelik hizmetlerinde kaliteyi artırmasında etkili olacağı düşünülmektedir. Kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin yoğunlukta olduğu kanser hastalarına hizmet veren hemşirelerin, kişiye özgü yaklaşımlar konusunda sürekli gelişim içerisinde ve problem çözme, dinleme, bilgi verme gibi konularda destekleyici rolde olmaları gerekmektedir. Bu şekilde yaklaşılan hastalarda, tepkisel geçişlerin ve duygu durum bozukluklarının daha kolay çözümlendiği bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013; 61). Akkaya vd. (2012), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada hekim ve hemşirelerin davranışlarının memnuniyeti etkilediği, yeterli bilgi verilmemesi ve iletişim

kurulamamasının hastaların memnuniyetsizliğinin en önemli nedenleri arasında yer aldığı sonucuna ulaşmışlardır. Dölek vd. (2005) tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilen bir çalışmada ise hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyetine etki eden en önemli faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ayakta tedavi gören hastaların personel ve diğer hizmet sunucularına yönelik memnuniyetlerine bakıldığında da genel olarak ve yüksek düzeyde memnuniyetin olduğu, memnuniyetsizlik ifadelerinin hasta sayısının %10'una dahi ulaşmadığı dikkat çekmektedir. Sonuçlarda bir başka dikkat çeken nokta hastaların sağlık personelinden duydukları memnuniyetin idari personele oranla daha fazla olmasıdır. Ercan vd. (2004b) geliştirdikleri hasta memnuniyeti ölçeğinde, Tükel vd. (2005) ile Yağcı ve Duman (2006) ise yaptıkları çalışmalarda idari personele yönelik kriterleri, hasta memnuniyetini direk etkileyen faktörler arasında göstermişlerdir. Bu durum, memnuniyetsizlik ifadesi az da olsa idari personelin tutum ve yaklaşımlarının hastaların memnuniyet duymalarında önem taşıdığı ve dikkate alınması gerektiğini desteklemektedir.

Ayakta tedavi gören hastaların tedavi (kemoterapi) ünitesi personelinin ilgisi ve hizmet erişimine yönelik kriterler değerlendirildiğinde de memnuniyet düzeyinin tatmin edici olduğu görülmüştür. Çalışmanın hasta grubunu kanser hastalarının oluşturması ve ayakta tedavi gören hastaların önemli bir bölümünün kemoterapi tedavilerinin uygulandığı ünitede hizmet almaları, bu bölümden duyulan memnuniyetin önemini ortaya koymaktadır. Kemoterapi tedavilerinin yan etkileri ve özellikle yeni tanı alan hastalarda oluşturduğu kaygı düşünüldüğünde, ünitede görevli hemşirelerin ve eczane görevlilerinin yaklaşımları genel memnuniyette oldukça önemli konuma erişmektedir. Kıdak ve Aksaraylı (2008), yaptıkları çalışmada 750 hastanın tedavi süresince aldıkları hizmetten memnuniyetlerini analiz ettikleri çalışmalarında, hastaların tedavi gördükleri bölümdeki sağlık ve diğer personellerden memnuniyet duymalarının tedavi sürecine uyumu kolaylaştırdığını ve olası semptomların düşmesine katkı sağladığını tespit etmişlerdir. Dolayısıyla verimli sonuçların alınması için sadece hekim ve hemşirelerden değil, örneğin eczane

görevlilerinden de memnuniyetin arttırılması yollarının araştırılması ihtiyacı mevcuttur.

Çalışma kapsamında deneklerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yatan hastaların % 62,8'i erkek, %36,7'si kadın iken ayakta tedavi gören hastaların %46,9'u erkek, %52,6'sıysa kadındır. Hastaların memnuniyet algıları cinsiyete göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Konuyla ilgili Özer ve Çakıl'ın (2007), yaptıkları derleme çalışmasında cinsiyete göre memnuniyet değişkeninde anlamlı farklılık olduğu belirtilirken Tezcan vd. (2014)'nin, çalışmalarında yatan hastaların memnuniyet düzeylerinde cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır. Dolayısıyla cinsiyetin memnuniyet üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmasının çalışmanın yapıldığı yere, zamana ve uygulandığı hasta profiline göre değişkenlik gösterdiğini desteklemektedir.

Medeni duruma göre bakıldığında 221 yatan hastanın %85'inin evli %14,6'sınınsa bekâr olduğu görülürken ayakta tedavi gören 439 hastanın %85,6'sının evli, %13,7'sinin bekâr olduğu tespit edilmiştir. Hastaların memnuniyet algıları medeni duruma göre değerlendirildiğinde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Buna karşılık Şişe (2012)'nin çalışmasında bekar hastaların beklenti düzeylerinin evli hastalara oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Söz konusu öncül çalışmayla örtüşen bir bulguya rastlanamaması, bekar hastaların beklentilerinin de evli hastalar gibi yüksek düzeyde tatmin edilebildiğini destekler niteliktedir.

Lee vd. (2006), sağlık sektöründe hizmet kalitesini ters açıdan ele alarak hastaların aldıkları hizmetin kalitesinden memnun olmadıklarında nasıl davrandığını araştırmıştır. Buna göre gördüğü hizmetten memnun kalmayan her yüz hastadan 70'i aynı kuruma bir daha gelmeyi düşünmemektedir. Çalışmanın daha çarpıcı sonucu ise söz konusu hastaların bu memnuniyetsizliği yakınlarına yayma konusundaki gayretidir. Araştırma, ortalama olarak aldığı hizmetten memnun kalmayan her yüz

hastanın ortalama 465 potansiyel başvuracak hastayı söz konusu kuruma gelmekten vazgeçirdiğini ortaya koymaktadır. Bu durum sürekli rekabet halinde olan sağlık kurumlarında hasta memnuniyet çalışmalarının son derece önemli olduğunu, belirli aralıklarla yapılması gerektiğini ve her memnuniyetsizlik bildiren ifadenin dikkate alınması gerektiğini desteklemektedir.

SONUÇ

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerinin önemli göstergelerinden birisi de topluma sunduğu sağlık hizmetlerinin yüksek standartta oluşu ve sağlık hizmetlerinde kaynaklarını etkin şekilde kullanabilmesidir. Türkiye'de son yıllarda teknoloji ile birlikte sağlık alanında yaşanan hızlı değişim ve gelişmeler, tedavi yöntemlerinin gelişmesini sağlamıştır. Bununla birlikte sağlık harcamaları ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki rekabet artmakta, gözlenen bu artış hizmet kalitesinin mümkün olan en üst seviyede olmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumların sürekli arttığı, verdikleri hizmetlerin çeşitliliği ve sunum biçimlerinin sürekli geliştiği çevreler genellikle hastanelerdir. Gelişen teknolojinin yanında toplumsal ve ekonomik alanda görülen değişimler de kurumların varlıklarını devam ettirebilmeleri için yeni stratejiler geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır. Bunun yanında sağlık harcamalarının önemli kısmının yataklı tedavi kurumlarına ayrılması, sosyal güvenlik kurumlarının ödemeler konusunda zorluk yaşamasına ve kamu harcamalarında açık oluşmasına yol açmaktadır. Özellikle multidisipliner bir yaklaşım gerektiren kanser tedavisinin çeşitliliği ve yüksek maliyeti dikkate alındığında, bu durumun daha fazla yaşandığı düşünülmektedir. Bu gibi olumsuzlukların yaşanmaması için sağlık hizmeti veren kurumlar, kendi gelir-gider dengelerini sağlamak için yoğun çaba sarfetmektedirler. Hastane tercihinde, bağlılığında ve özellikle özel hastaneler açısından yeni potansiyel müşterilere ulaşımda etkili olan hasta memnuniyeti de kurumların arayışlarında önemli yer tutmaktadır.

Günümüzde hasta memnuniyeti araştırmalarının artış göstermesinin bir başka nedeni kurum performansının değerlendirilmesine olanak sağlamasıdır. Sağlık hizmeti sunan tüm kurumlar yoğun rekabet şatlarında ayakta kalabilmek ve üstünlük sağlayabilmek için kaliteyi üst düzeyde tutmak, hizmet alıcılarını tatmin etmek, bağlı kılmak ve potansiyel hastalar için cazip hale getirmek gayreti içerisindedirler. Buradan hareketle hizmet kalitesini etkileyen unsurları ortaya çıkarmak, olumsuzlukları gidermek ve mevcut iyiyi sürekli kılmak için belirli aralıklarla memnuniyet çalışmalarını yapmaktadırlar. Bu ve benzeri nedenlerden ötürü kurum yöneticilerine sağlık piyasasında fark yaratmada bir anahtar rolü gören kaliteli hizmet adına memnuniyet faktörüne önem ve öncelik verilmesi önerilmektedir.

Anakütleyi, Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi yatan ve ayakta tedavi gören hastaların oluşturduğu çalışmada “yemekler hakkındaki düşünceler”, “servis odalarının özellikleri”, “hastane içi ulaşım hizmetleri”, “hekim hizmetleri”, “hemşirelik hizmetleri”, “ idari personel hizmetleri” boyutları ile sosyodemografik sorulardan oluşan “yatan hasta memnuniyet ölçeği”, ve “personel ve diğer hizmet sunucularına ilişkin bileşenler”, “kemoterapi (ayaktan tedavi) ünitesine yönelik personel ilgisi ve hizmet erişimi” boyutlarından oluşan “ayakta tedavi gören hasta memnuniyeti ölçeği” kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin de yer aldığı anketler 226 yatan, 439 ayakta tedavi alan hastaya uygulanmıştır. Anketlerin analiz sonuçlarına göre;

- Yatan hastaların tedavi süresince yemek hizmetlerinden genel olarak yüksek memnuniyete sahip olmalarına karşılık, mezuniyet durumu değişkenine göre değerlendirildiğinde farklılık gözlenmesi dikkat çekicidir. Lisans mezunlarında ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre memnuniyette yaşanan düşüş, bir öncül gösterge özelliğine de sahiptir. Sonuçta ilkokul ve ortaokul mezunlarında minnettarlığın yol açabileceği sübjektif değerlendirme durumu, lisans mezunu hastalarda rasyonel bakışın hak ve yükümlülükler temelinde alınan eğitimin neticesi olarak gelişmiş olması, yemeklerin iyileştirilmesi ihtiyacını da destekler özelliktedir.
- Yatarak tedavi gören hastaların servis odaları ve ulaşım hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık, hiçbir açıdan görülmemiş olup genel memnuniyet düzeyi de oldukça yüksektir. Dolayısıyla bu konuda belirli bir gelişimin sağlanmışm olduğu görülmektedir. Bu noktada da söz konusu yüksek memnuniyetin korunması için gerekli koruyucu ve geliştirici tedbirlerin alınmasının yeterli olacağı savunulabilir.
- Yatan hastalara yönelik hizmet kalitesinde çalışan personel boyutlarından hekim hizmetlerine bakıldığında genel olarak memnuniyet yüksek düzeyde gözlenmesine karşılık lisans mezunlarında söz konusu memnuniyet düzeyinde belirgin bir düşüşün yaşanması dikkat çekicidir. Bu düşüş beraberinde lisans mezunlarının ilkokul, ortaokul ve lise mezunları ile hekimlerden ve tüm personelden memnuniyette istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ayrışmalarını beraberinde

getirmiştir. Bu durum tıpkı yemeklerden memnuniyette olduğu gibi minnettarlığın hak ve yükümlülükler algısının eğitimle gelişmesi sebebiyle eğitim düzeyi yüksek olanlarda sınırlanmasından kaynaklanmakta olup, lisans mezunlarının daha alt mezuniyete sahip olanlara göre daha rasyonel değerlendirmede bulunmaları olasılığından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla başta hekimler olmak üzere görevli personelin hasta ile ilişkilerinin geliştirmesine ve iyileştirmesine yönelik ihtiyaç olduğu görülmektedir.

- Ayakta tedavi gören hastaların personel ve diğer hizmet sunucularına yönelik memnuniyetlerine bakıldığında genel olarak ve yüksek düzeyde memnuniyetin olduğu, memnuniyetsizlik ifadelerinin hasta sayısının dahi %10'una ulaşmadığı dikkat çekmektedir. Ayrıca söz konusu yüksek memnuniyette cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna ve gelir durumuna göre de istatistiksel olarak anlamlı bir ayrışmanın görülmemesi de, söz konusu yüksek memnuniyetin genele yayıldığını destekler niteliktedir. Sonuçlarda bir başka dikkat çeken nokta ise hastaların sağlık personelinden duydukları memnuniyetin idari personele oranla fazla olmasıdır.

Bu veriler sonucunda, kanser hastalarının memnuniyet düzeylerinin korunup arttırılması için bazı yapılması gereken uygulamalar ve alınması gereken önlemler şu şekilde sıralanabilir:

- Hastanelerde kaliteyi ve memnuniyeti etkilediği düşünülerek yatan hasta tedavi bölümünde özellikle yemek hizmetlerinde iyileştirme ihtiyacı vardır. Buna ek olarak oda hizmetlerine yönelik konfor şartlarının sağlanması, eksikliklerin giderilmesi, hasta odalarının, tuvalet ve banyolarının yeterli düzeyde temiz tutulması ve denetlenmesi de mevcut memnuniyetin korunup geliştirilmesi için gereklidir.
- Fiziksel çevreyi oluşturan yerlerin ve ulaşım hizmetlerinin denetlenerek yetersiz görünen koşulların giderilmesi, özellikle memnuniyet ortalaması görece düşük olması sebebiyle park yerine yönelik oluştuğu anlaşılan memnuniyetsizliğin kaynağı belirlenerek giderilmesi ihtiyacı mevcuttur.
- Hem yatan hasta hem de ayaktan tedavi ünitelerinde idari personele hastalara yönelik tutum ve davranışlarıyla "Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirme" konusunda eğitim ve destek verilmesi, idari personele yönelik

memnuniyetin hekim ve hemşirelere yönelik memnuniyet düzeyine çıkarılması açısından katkı sağlama potansiyelindedir.

- Hastanede görev yapan hekimlerin alanında uzmanlaşmış olması, hekim sayısı yetersizliğinden kaynaklanan hastaya ayrılan süre konusundaki memnuniyetsizliği gidermek adına hekim sayısının artırılması ya da buna yönelik düzenlemeler yapılması ihtiyacı mevcuttur.
- Hastanede görev yapan hemşirelerin düzenli periyotlarla hizmet verdikleri hasta grubunun özellikleri de dikkate alınarak hizmet içi eğitim programlarına alınması, tedavi için ayırdıkları zaman, tutum ve davranışlar, soru ve endişeler için gösterilen duyarlılık, erişim kolaylığı, odaya gelme sıklığı gibi konularda memnuniyetin korunup arttırılması açısından yararlı olma potansiyeline sahiptir.
- Özellikle üniversite hastanelerinde görülen bekleme sürelerinin fazlalığının asgari düzeye indirgenmesi, bürokratik işlemlerle bilgilendirme ve iletişim konusunda doğru yönlendirme ve ulaşılabilirlik faktörlerine önem verilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin takım esasına dayalı olarak verilmesi memnuniyetin sağlanmasında önemli bir faktördür. Günümüzde hastaların aldıkları hizmetten memnun olmaları, hizmetin tıbbi kısmıyla birlikte kuruma başvurduğu andan itibaren karşılaştığı tüm çalışanların yaklaşımı, duyarlılığı, güler yüzlü olması, yeterli zaman ayırması, bilgilendirmesi, güven vermesi, temiz ve düzenli olması, yeterli bilgi ve beceriye sahip olması, hastanenin fiziksel yapısı, ulaşım kolaylığı, gibi faktörlere de bağlıdır. Çalışmada elde edilen bulgular bu durumu desteklemektedir.

KAYNAKÇA

Akbaş, Esin, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)", *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi,* İstanbul 2014.

Akdur, Recep, *Sağlık Hizmetleri Ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı*, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, 8 (1), Ankara 2000.

Akdur, Recep, Sağlık Sektörü, *Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye 'nin Birliğe Uyumu*, (2.Basım), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 2006.

Akdur, Recep, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara 1999.

Akdur, Recep, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması,* Sağlık Bakanlığı, Ankara 2005.

Akkaya, Gültekin, Esra Bulut, Mehtap, Akkaya, Cengiz, "Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler", *Türkiye Acil Tıp Dergisi-Tr Emerg Medicine,* 12 (2), Bursa 2012, s. 62-68.

Aksakaloğlu, Gazanfer, "Kent Sağlık Ocağı", *Toplum ve Hekim Dergisi*, 11 (1), Ankara 1996, s.56-58.

Aksakoğlu, Gazanfer, "Sovyetler Birliği Özelinde Sosyalist Ülkelerde Sağlık Reformu", *Toplum ve Hekim Dergisi*, 18 (1), 2003, s.68-80.

Aktan, Can, Coşkun, Işık, A., Kadir, *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Yayıncılık, İstanbul 2007.

Aktan, Can, Coşkun, *Müdahaleci Devletten Sınırlı Devlete*, Yeni Türkiye Yayınları, Ankara 1999.

Albayrak, Ali Sait, *Türkiye'de İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle İncelenmesi*, İKV, İstanbul, 2005.

Altay, Asuman, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi,* 64, Ankara 2007, s. 33-58.

Arpat, Bülent, Şaşmaz, Nuri, Yürekli, Emin, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Maliyetleri", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19 (3) , Isparta 2014, s.313-332.

Aslantekin, Filiz, Göktaş, Bayram, Uluşen, Mesude, Erdem, Ramazan, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr.Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6), Elazığ 2007, s. 55-71.

Atıcı, Elif, "Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi", *Türk Onkoloji Dergisi*, 22 (4), Bursa, 2007, s. 197-204.

Atilla, Gaye, "Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi,* Isparta 2012.

Aydın, Sabahattin, (Ed.), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2004.

Aydın, Serpil; Hatırlı, Yüksel, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 7 (3), İstanbul 2003, s.131-134.

Aytar, Gülşen, Yeşildal, Nuray, "Yatan Hasta Memnuniyeti", *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3 (1), Bolu 2004, s.10-14.

Bag, Beyhan, "Uzun Dönem Kanser Hastalarında Psikososyal Sorunlar", *Current Approaches in Psychiatry (Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar)*, 5 (1), Adana 2013, s. 109-126.

Bahar, Aynur, "Kanser Hastalarında Psikososyal Yaklaşım", *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10, Ankara 2007, s. 186-193.

Balcı, Asım ve Kırılmaz, Harun, "Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları" *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Yayınları, İstanbul 2007.

Belek, İlker, *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politiği,* (2. Baskı), Sorun Yayınları, İstanbul 2001.

Boyle, Peter, Levin, Bernand, *Dünya Sağlik Örgütü Uluslararasi Kanser Araştirmalari Kurumu Dünya Kanser Raporu*, Lyon 2008.

Çavuş, M. Fedai, Gemici, Eray, "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi", *Asosjournal Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1 (1), Ankara 2013, s. 238-257.

Çelebi, Cura, K.S (2013), "Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz", *Maliye Dergisi*, 164, Ankara 2013, s. 47-67.

Çelen, Özay, Teke, Abdulkadir ve Cihangiroğlu, Necmettin, "Örgütsel Bağlılığın İş Tatmini Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Araştırma", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18 (3), Isparta 2013, s. 399-410.

Çelikay, Ferdi ve Gümüş, Erdal, "Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66 (3), Ankara 2011a, s. 55-92.

Çelikay, Ferdi, ve Gümüş, Erdal, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı" *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1), Eskişehir 2011b, s.177-216.

Çiftçi, Murat, *Sosyal Politika Oluşturmada Referans Gösterge Olarak Bölgesel Gelişmişlik Endeksleri: Temsil Gücü Sorunları ve Alternatif Endeks Önerileri,* İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, ÇEEİ Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2011.

Cömert, Menekşe, Özel, Kübra, "Otel İşletmelerinde Hijyen Ve Sanitasyon Kurallarının Mutfak Personeli Tarafından Bilinirlik ve Uygulanma Düzeyi" *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3 (16), Ankara 2015, s. 305-319.

Demir, Tamer, Açık, Yasemin, Kaya, M. Kaan, Deveci, Erhan, Pirinççi, Edibe, Yıldırım, Berrak, Oğuzöncül, Ferdane, Ozan, Tevfik, "Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na Poliklinik Ya Da Klinik Hizmeti Almak İçin Başvuran Hastaların Sunulan Hizmetten Memnuniyet Düzeyleri", *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi,* 23 (3), Elazığ 2009, s. 119-124.

Demirbağ, Orkun, Yozgat, Uğur, "Hizmet Alan (Müşteri) ve Hizmet Veren (Çalışan) Perspektifinden Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemiyle Ölçümü: Bir Kamu Kurumu Olarak Ptt İncelemesi", *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi,* 1 (1), İstanbul 2016, s. 78-89.

Deniz, Koçoğlu ve Akın, Belgin, "Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2 (4), İzmir 2009, s. 145-154.

Derin, Neslihan, Demirel, E. Turan, "Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması", *International Journal of Social Sience (Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi),* 6 (2), 2013, s. 1111-1130.

Devebakan, Nevzat "Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite" *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 8(1), İzmir 2006, s.120-149.

Dölek, Meral, Turaba F, Akbinar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ, "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Biriminde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi", *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5 (3), 2005, s. 122-127.

DPT, "Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı", *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu,* Ankara 2001.

Ercan, İlker ve İsmet Kan, "Ölçeklerde Güvenilirlik ve Geçerlilik", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 30 (3), Bursa 2004a, s. 211-216.

Ercan, İlker, Ediz, Bülent, Kan, İsmet. "Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek" (2004), *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 30 (3), Bursa, 2004b, s. 151-157.

Erdem, Mehmet, Oztoprak, Yağmur, Ulgen, Cansu, Emlik, Betül. E., Gul, Kutluhan, Furkan, Yildiz, Asiye, Mert Abdurrahman, Dönmez, Mehmet, Güldoğan, Sedat, Bastacı, Feryal, Nacak, G., Kübra, Yeniçeri, Arif, Savaş, Nazan, Arpaci, Anıl, "Bir Üniversite Hastanesinde Ayaktan ve Yatarak Tedavi Alan Hastaların Memnuniyet Düzeyi Ve İlişkili Faktörler Satısfactıon Levels Of In Patıents And Out Patıents Of A Unıversıty Hospıtal And Related Factors", Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 6(23), Hatay 2015, s. 12-20.

Ertürk, Atabey, Selin, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası,* Gazi Kitapevi, Ankara 2012.

Fişek, Nusret, *Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları", Sağlık Yönetimi- I*, TTB Yayınları, Ankara, 1991.

Güleç, Cengiz, "Anadolu Kültüründe Hastalık Sağlık Kavramlarına Transkültürel Bakış", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3 (1), Ankara 2000, s. 34-39.

Güleç, Gülcan, Büyükkınacı, Alev, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", *Pikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 3 (2), Adana 2011, s. 343-367.

Güllülü, Uğur, Erciş, Aysel, Ünal, Sevtap, Yapraklı, Şükrü, *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Detay Yayıncılık, Ankara 2008.

Güzel, Ali, Okur, A. Rıza, Caniklioğlu, Nurşen, *Sosyal Güvenlik Hukuku*, Beta Basın Yayın, İstanbul 2016.

Hayran, Osman, Sur, Haydar, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat,* Yüce Yayım, İstanbul 1998.

Hekimoğlu, Levent. "Kamuya Ait Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan ve Yatan Hasta Memnuniyeti", *Konuralp Tıp Dergisi,* 1, Bursa 2015, s. 1-5.

İstanbulluoğlu, Hakan, Güleç, Mahir, Oğur, Recai, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, 2, Ankara 2010, s. 86-99.

Kanat, Bilgen, Özpolat Yılmaz, Ayşegül, "Kanser Hastalarında Travma Sonrası Büyüme Kavramı", *Turkısh Journal Of Clınıcs And Laboratory*, 7 (4), Ankara 2016, s. 106-110.

Kanbur, Ayla, Çapık, Cantürk, "Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18 (1), Ankara 2011, s.61-72.

Karaalp, Turgut, "Sağlık Hizmetleri Üretim Sürecinde Fiziksel Çevrenin Hasta Memnuniyeti ve İş Tatmini Üzerine Etkisi", *GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi,* Ankara 2014.

Kavradım, Selma Turan, Özer Canlı, Zeynep, "Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi,* 6 (2), Adana 2014, s. 154-164.

Kavuncubaşı, Şahin, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi Ankara 2000.

Kaya, Sıdıka, (Ed), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi,* T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1821, Web-Ofset Yayınları, Eskişehir 2013.

Kayral, İ. Halil, Beylik, Umut, Orhan, Fatih, "Hastane Standartlarının Çok Boyutlu Kalite Analizi: Bir Standart Seti Örneği", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(1), Ankara 2016, s. 6-16.

Kayral, İbrahim, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: "Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli", *Verimlilik Dergisi,* 3 (1), Ankara 2014, s. 65-81.

Kesgin, Coşkun ve Topuzoğlu, Ahmet, "Sağlığın Tanımı Başa Çıkma", *İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi,* 4 (3), İstanbul 2006, s. 47-49.

Kıdak, Bülent. Levent., ve Mehmet, Aksaraylı. "Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 10 (3), İzmir 2008, s. 87-122.

Kılıç Bülent, Aksakoğlu, Gazanfer, "Saglık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar ", *Toplum ve Hekim Dergisi,* 64 (9), Ankara 1994-1995, s. 64-65.

Kırılmaz, Harun, "Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması", *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 4 (1), Sakarya, 2013, s. 11-21.

Kızılçelik, Sezgin, *Türkiye'nin Sağlık Sistemi,* Saray Kitapevleri, İzmir 1995.

Kurtulmuş, Sevgi, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998.

Langen I, Myhren H, Ekeberg Ø, Stokland O, *Patient's Satisfaction And Distress Compared With Expectations Of The Medical Staff,* Patient Education and Counseling, 63(1-2), 2006, s. 118-125.

Lee, P. M., Khong, P. H., Ghista, D. N, "The Impact of Deficient Healthcare Service Quality", *The TQM Magazine*, 18 (6), 2006, s. 563-571.

Lorcu, Fatma, *Örneklerle Veri Analizi SPSS Uygulamalı*, Detay Yayıncılık, Ankara 2015.

Lovelock, C., Wirtz,J., Chatterjee, J., (2006). Marketing of Services, People, Technology, Strategy, *Pearson Education,* P393, 2004.

Mutlu, Ayşegül ve Işık, A., Kadir, *Sağlık Ekonomisine Giriş,* (2.Baskı), Ekin Kitapevi, Bursa 2005.

Mutlu, Ayşegül ve Işık, A., Kadir, *Sağlık Ekonomisine Giriş*, (3.Baskı). Ekin Kitabevi, Bursa 2012.

Mutlu, Ayşegül, "Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları", *Maliye Dergisi*, 150, Ankara 2006, s. 53-78.

Öcel, Yusuf, "Sağlık Hizmet Kalitesi ve Algılanan Doktor İmajının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi", *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, yayınlanmamış Doktora Tezi*, Düzce 2016.

Önsüz M. Fatih, Topuzoğlu, Ahmet, Cöbek, U. Can, Ertürk, Sercan, Yılmaz Fatma, Birol, Selim, "İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi", *Marmara Medical Journal*, 21 (1), İstanbul 2008, s. 33-49.

Özer, Ali, ve Çakıl, Enver, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler", *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), Malatya 2007, s. 140-143.

Pişgin, Abidin. ve Ateşoğlu, İrfan., "Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti ve Değiştirme Maliyetlerinin Müşteri Sadakati Üzerindeki Etkileri", *İşletme Araştırmaları Dergisi,* 7 (4), Isparta 2015, s. 251-271.

Şamkar, Hatice, Yıldırım, Ayşe Gül, DELİBAŞ, Özge "Lojistik Regresyon Analizi ile Kanser Hastalığına Neden Olan Risk Faktörlerinin Belirlenmesi." *Alphanumeric Journal*, 4(2), Eskişehir 2012, s. 205-222.

Sargutan, A., Erdal, "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemi Yaklaşımı", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (1), Ankara 2005, s. 81-111.

Sargutan, A., Erdal, *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri,* Başaran Teknik, Ankara 2004.

Sargutan, A., Erdal, *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri,* Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006.

Savaş, Esen, ve Aynur Bahar. "Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi", *Gaziantep Medical Journal* . 17 (1), Gaziantep 2011, s. 24-28.

Şişe, Şengül, Altınel, Elif, "Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti", *Selçuk Tıp Dergisi*, 28 (4), Konya 2012, s. 213-218.

Sur, Haydar, *Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi*, İstanbul 1998.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*, Ankara 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm, Performans Toplantıları-2*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara 2008.

Taşlıyan, Mustafa, Akyüz, Müslüme, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması", *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (19), Malatya 2010, s. 61-66.

Taşlıyan, Mustafa, Gök, Sibel, "Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması". *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2 (1), Kahramanmaraş 2012, s. 69-94.

Tatar, Mehtap, (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi- I*, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir 2012.

Tatar, Mehtap, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1 (1), Ankara 2011, s.103-133.

Tatar, Mehtap, "Sağlık Politikası ve Planlaması", *Hacettepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Ders Notları*, Ankara 2008.

Tengilimoğlu, Dilaver., Işık, Oğuz ve Akbolat, Mahmut., *Sağlık İşletmeleri Yönetimi,* (3. Baskı), Nobel Kitapevi, Ankara 2009.

Tezcan, Didem, Yücel, M. Hakan, Ünal, U. Burak, Edirne, Tamer, "Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti", *Pamukkale Medical Journal*, 7 (1), Denizli 2014, s. 57-62.

Tükel, Burhan, Acuner, A. Münir, Önder, Ö. Rıfkı, Üzgül, Arzu, "Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* 57 (04), Ankara 2004 s. 205-214.

Tünel, Münevver, Vural, Ayşe, Evlice, Yunus Emre, Tamam, Lut, "Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar", *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21 (3), Adana 2012, s. 189-219.

Turan, Nurcan, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları,* Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir 2004.

Uğurluoğlu, Ece, Özgen, Hacer, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 11 (2), Ankara 2008, s. 133-159.

Ülger, Eda, Alacacıoğlu, Ahmet, Gülseren, Abdullah Şeref, Zencir, Gülbanu, Tarhan, Mustafa Oktay, Demir, Lütfiye, "Kanserde Psikolojik Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28 (2), İzmir 2013, s. 85-92.

Ünal, Belgin, Ergör, Gül, *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara 2013.

Üstü, Yusuf, Uğurlu, Mehmet, Örnek, Muhammet, Sanisoğlu, Selim, Yavuz, "2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", *Balkan Medical Journal*, 28 (1), Edirne 2011, s.55-61.

Yağcı, Mehmet İsmail, Duman, Teoman, "Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (2), İstanbul 2006, s. 218-238.

Yıldırım, Hasan, Hüseyin ve Yıldırım, Türkan, *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye,* (1. Baskı), Sağlık-Sen Yayınları, Ankara 2011.

Yükçü, Süleyman, Atağan, Gülşah, "Etkinlik, Etkililik Ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık", *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23 (4), Erzurum 2009, s. 1-13.

Zaim, Halil, Tarım, Mehveş, "Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması", *Sosyal Siyaset Konferansları*, 2 (59), 2010, s. 1-24.

EKLER

EK-1: Alan Çalışması İçin Onay Yazıları

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 59426830-044 -E.25639 04/04/2016
Konu : Anketler

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 11/03/2016 tarihli ve 19675 sayılı yazınız.
b) 30/03/2016 tarihli ve 24513 sayılı yazı.

İlgi (a) yazınız gereği, Enstitünüz Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı 1138242102 numaralı Yüksek Lisans programı öğrencisi Fatma Nur ÇIÇİN'in "Kanserli Hastalara Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi Örneği" başlıklı tez çalışmasına veri toplayabilmesi için anket yapma isteğinin uygun görüldüğüne ilişkin Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nden alınan ilgi (b) yazı ve eki ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Yener YÖRÜK
Rektör

Ek:2 syf.

Adres Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon 2842350591 Faks2842230023
E-Posta ordb@trakya.edu.tr Elektronik Ağ.http //oidb.trakya.edu.tr/

Bilgi için Ercan KÜÇÜKKIZANLIKLI
Unvanı Bilgisayar İşletmeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Re: Tez, Anket, İzin

edayasa@cag.edu.tr

15.5.2017 (Pzt) 15:03

Kime: Fatma Nur ?i?in <fatmanurcicin@hotmail.com>;

Fatmanur Hanım
Merhabalar
Çalışmayı atıf gösterek kullanmanız uygundur. iyi çalışmalar dilerim.
eda

15.05.2017, 14:46, "Fatma Nur ?i?in" <fatmanurcicin@hotmail.com>:

> Değerli hocam,
> Trakya Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez Çalışmamı "Kanserli Hastalara Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Balkan Onkoloji Hastanesi Örneği" konusunda yapıyorum. Kaynak araştırmalarımda karşılaştığım "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi; Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması" isimli doktora tezinizde kullandığınız anketin açık ve anlaşılır olması, soruların kolay ve hızlı cevaplanabilmesi, uygulanabilirliği ve etkinliği gibi nedenlerle tez çalışmamda kullanmak istiyorum.
> Konuyla ilgili izninizi Saygıyla Arz ederim.
>
> Fatmanur ÇİÇİN
> Trakya Üniversitesi
> 05054306590

EK-2 Yatan Hasta Memnuniyet Ölçeği Anketi

Sayın Bay/ Bayan;

Bu çalışma Trakya Üniversitesi bünyesinde gerçekleştirilen yüksek lisans tezi çerçevesinde yapılmaktadır.

Değerli Hasta; Çalışmanın amacı hastane ve hastane çalışanları tarafından verilen hizmetlerden duyduğunuz memnuniyet ya da memnuniyetsizlikleri belirlemektir. Bu hedefi gerçekleştirmek amacıyla, hastaneden hizmet alan siz hastaların hastane hakkındaki görüş, düşünce, öneri ve eleştirinize ihtiyaç duymaktayız.

Aşağıdaki soruları cevaplayarak araştırmamıza önemli bir katkı sağlamış olacaksınız. Araştırma sonuçlarının gerçekçi ve yararlı olabilmesi, sizlerin anketi doğru ve eksiksiz cevaplandırmanıza bağlıdır. Anketlerden elde edilecek bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak olup, başka bir amaçla başka bir yerde hiçbir zaman kullanılmayacaktır.

Sorulara tarafsız ve en doğru cevabı vereceğiniz ümidi ile göstereceğiniz ilgi ve yardıma teşekkür eder, saygılar sunarım.

Yrd.Doç.Dr. Murat ÇİFTÇİ
T.Ü. İİBF. Ç.E.E.İ.
(Tez Yöneticisi)

Fatma Nur ÇİÇİN
T.Ü.İİBF Sağlık Kurumları Yöneticiliği
(Yüksek Lisans Öğrencisi)

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz ( ) Bay ( ) Bayan

3) Medeni Haliniz ( ) Bekar ( ) Evli ( )

4) Eğitim durumunuz: ( ) ilkokul ( ) ortaokul ( ) lise ( ) lisans ( ) lisansüstü

5) Mesleğiniz.....

6) Aylık Toplam Geliriniz ne kadardır?

() 500'den az () 501-1000 () 1001-1500 () 1501-2000 () 2000 ve üzeri

7) Bu sağlık kuruluşuna ilk kez mi geliyorsunuz?

( ) Evet

( ) Hayır

8) Cevabınız hayır ise daha önce kaç kez gelmiştiniz?

( ) 2-4

( ) 5-9

( )10ve üzeri

9) Hastaneye ilk başvurunuzu nasıl yaptınız?

( ) Kendiniz ( ) Telefonla randevu ( ) Sevk ( ) Acil ( ) Diğer belirtiniz

10) Randevu saatinizle muayene olma saatiniz arasındaki bekleme süreniz? (….dk)

11) Aşağıdaki durumları hastane açısından kendinize göre değerlendiriniz.

12. Hastaneye yatışınız nasıl oldu?

1 ( ) Acil Servisten
2 ( ) Normal Poliklinik Muayenesinden Sonra
3 ( ) Dışarıda Özel Muayeneden Sonra

13. Neden bu hastaneyi tercih ettiniz?

1 ( ) Sosyal Güvence/Resmi Evrak
2 ( ) İyi Hizmet
3 ( ) Yakın Olma
4 ( ) Tanıdık Birisi
5 ( ) Çabuk sonuç
6 ( )
Sevkned
eniyle

14. Bu hastaneye kaçıncı yatışınız?

1 ( ) Birinci Yatışım
2 ( ) İkinci Yatışım
3 ( ) Üçüncü Yatışım
4 ( ) Dört ve Dörtten Fazla Yatışım

15. Hastaneye yatış işlemlerinin nasıl yapılacağına dair size gerekli bilgi verildi mi?

Evet ( ) Hayır ( )

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR SİZİN GERÇEK DÜŞÜNCENİZİ ÖĞRENMEK İÇİNDİR. DURUMUNUZU EN İYİ AÇIKLAYAN SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ.

16. Fiziksel ve Çevresel Koşullarla İlgili Memnuniyet
16.1. Beslenme

Soru 1. Hastanede yattığınız sürece servisinizde size verilen yemekler hakkında düşünceniz;

	5 Çok Memnunum	4 Memnunum	3 Biraz Memnunum	2 Memnun Değilim	1 Hiç Memnun Değilim
Lezzeti	( )	( )	( )	( )	( )
Görüntüsü	( )	( )	( )	( )	( )
Çeşitliliği	( )	( )	( )	( )	( )
Sıcaklığı	( )	( )	( )	( )	( )
Miktarı	( )	( )	( )	( )	( )
Dağıtımı	( )	( )	( )	( )	( )
Temizliği	( )	( )	( )	( )	( )

16.2. Odanız

Soru 2. Hastanede yattığınız sürece servisinizdeki oda hakkında düşünceniz

	5 Çok Memnunum	4 Memnunum	3 Biraz Memnunum	2 Memnun Değilim	1 Hiç Memnun Değilim
Görüntüsü	( )	( )	( )	( )	( )
Temizliği	( )	( )	( )	( )	( )
Rahatlığı	( )	( )	( )	( )	( )
Aydınlatması	( )	( )	( )	( )	( )
Sıcaklığı	( )	( )	( )	( )	( )
Havalandırması	( )	( )	( )	( )	( )
Sessizliği	( )	( )	( )	( )	( )
Güvenliği	( )	( )	( )	( )	( )
Çarşafları	( )	( )	( )	( )	( )
Tuvaletleri	( )	( )	( )	( )	( )
Banyosu	( )	( )	( )	( )	( )

16.3. Ulaşım

Soru 3. Hastanede yattığınız sürece hastane içindeki ulaşımınız hakkında düşünceniz;

	5 Çok Memnunum	4 Memnunum	3 Biraz Memnunum	2 Memnun Değilim	1 Hiç Memnun Değilim
Ulaşım	( )	( )	( )	( )	( )
Park Yeri	( )	( )	( )	( )	( )
Yönlendirme	( )	( )	( )	( )	( )
Danışma	( )	( )	( )	( )	( )

17. Çalışan personel İle ilgili Memnuniyet

17.1. Hastanede yattığınız sürece servisinizdeki doktorlarla ilgili düşünceleriniz

	5 Çok Memnunum	4 Memnunum	3 Biraz Memnunum	2 Memnun Değilim	1 Hiç Memnun Değilim
Doktorun tedavi için size ayırdığı zaman	( )	( )	( )	( )	( )
Doktorun size karşı tutum ve davranışı	( )	( )	( )	( )	( )
Sorulanız ve endişeleriniz İçin gösterdikleri duyarlılık ve ilgi	( )	( )	( )	( )	( )
Doktorların uygulanan işlemler hakkında sizi ve ailenizi bilgilendirmesi	( )	( )	( )	( )	( )
Sorun olduğunda doktorlara ulaşma	( )	( )	( )	( )	( )
Doktorun odanıza gelme sıklığı	( )	( )	( )	( )	( )

17.2. Hastanede yattığınız sürece servisinizdeki hemşirelerle ilgili düşünceleriniz

	5 Çok Memnunum	4 Memnunum	3 Biraz Memnunum	2 Memnun Değilim	1 Hiç Memnun Değilim
Hemşirenin tedavi için size ayırdığı zaman	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirenin size karşı tutum ve davranışı	( )	( )	( )	( )	( )
Sorulanız ve endişeleriniz için gösterdikleri duyarlılık ve ilgi	( )	( )	( )	( )	( )
Sorun olduğunda hemşirelere ulaşma kolaylığı	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirenin odanıza gelme sıklığı	( )	( )	( )	( )	( )

17.3. Yattığınız sürece hastanedeki diğer personel ile ilgili düşünceleriniz

	5 Çok Memnunum	4 Memnunum	3 Biraz Memnunum	2 Memnun Değilim	1 Hiç Memnun Değilim
Hizmetli Personel	( )	( )	( )	( )	( )
Sağlık Teknisyeni	( )	( )	( )	( )	( )
Sekreter / Memur	( )	( )	( )	( )	( )

18. Bürokratik İşlemlerle İlgili Memnuniyet

Soru 1: Hastanedeki evrakların düzenlenme süreci (hastaneye kabul, başka merkeze sevk, çıkış İşlemleri)

	5 Çok Memnunum	4 Memnunum	3 Biraz Memnunum	2 Memnun Değilim	1 Hiç Memnun Değilim
Hastaneye Kabul İşlemleri	( )	( )	( )	( )	( )
Başka Merkeze Tetkik / Sevk İşlemleri	( )	( )	( )	( )	( )
Daha önce Hastaneye Yattıysanız Hastaneden Çıkış İşlemleri	( )	( )	( )	( )	( )

Anketin yapıldığı tarih: ……

Katkılarınızdan Dolayı Teşekkür Ederiz…

EK-3. Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği Anketi

Sayın Bay/ Bayan;

Bu çalışma Trakya Üniversitesi bünyesinde gerçekleştirilen yüksek lisans tezi çerçevesinde yapılmaktadır.

Değerli Hasta; Çalışmanın amacı hastane ve hastane çalışanları tarafından verilen hizmetlerden duyduğunuz memnuniyet ya da memnuniyetsizlikleri belirlemektir. Bu hedefi gerçekleştirmek amacıyla, hastaneden hizmet alan siz hastaların hastane hakkındaki görüş, düşünce, öneri ve eleştirinize ihtiyaç duymaktayız.

Aşağıdaki soruları cevaplayarak araştırmamıza önemli bir katkı sağlamış olacaksınız. Araştırma sonuçlarının gerçekçi ve yararlı olabilmesi, sizlerin anketi doğru ve eksiksiz cevaplandırmanıza bağlıdır. Anketlerden elde edilecek bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak olup, başka bir amaçla başka bir yerde hiçbir zaman kullanılmayacaktır.

Sorulara tarafsız ve en doğru cevabı vereceğiniz ümidi ile göstereceğiniz ilgi ve yardıma teşekkür eder, saygılar sunarım.

Yrd.Doç.Dr. Murat ÇİFTÇİ
T.Ü. İİBF. Ç.E.E.İ.
(Tez Yöneticisi)

Fatma Nur ÇİÇİN
T.Ü.İİBF Sağlık Kurumları Yöneticiliği
(Yüksek Lisans Öğrencisi)

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz ( ) Bay ( ) Bayan

3) Medeni Haliniz ( ) Bekar ( ) Evli ( )

4) Eğitim durumunuz: ( ) ilkokul ( ) ortaokul ( ) lise ( ) lisans ( ) lisans üstü

5) Mesleğiniz .....

6) Aylık Toplam Geliriniz ne kadardır?

() 500'den az () 501-1000 () 1001-1500 () 1501-2000 () 2000 ve üzeri

7) Bu sağlık kuruluşuna ilk kez mi geliyorsunuz?
( ) Evet
( ) Hayır

8) Cevabınız hayır ise daha önce kaç kez gelmiştiniz?
( ) 2-4
( ) 5-9

( )10ve üzeri

9) Hastaneye ilk başvurunuzu nasıl yaptınız?
( ) Kendiniz ( ) Telefonla randevu ( ) Sevk ( ) Acil ( ) Diğer belirtiniz

10) Randevu saatinizle muayene olma saatiniz arasındaki bekleme süreniz? (….dk)

11) Size sunulan hizmet kalitesini aşağıdaki özelliklere göre değerlendiriniz.

l. Çok kötü, 2. Kötü, 3.Orta, 4.İyi, 5.Çok iyi.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a. Doktorunuzun size yeterli zaman ayırması.					
b. Doktorunuzun sizi zamanında muayeneye alması.					
c. Doktorunuz tarafından teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirme.					
ç. Doktorunuzun tedavi yöntemi konusunda açık ve anlaşılır olması.					
d. Tektik sonuçlarını doktora gösterebilme kolaylığı					
e.Poliklinikte ilaç tedavisi dışında beslenme, sosyal yaşam vb konularda bilgilendirme					
f. Genel olarak doktorunuzdan duyduğunuz memnuniyet					
g. Hemşirelerin size karşı ilgisi yaklaşımı ve nezaketi					
h. Sekreterlerin size karşı ilgisi yaklaşımı ve nezaketi					
ı. Sağlık teknisyenlerinin size ilgisi yaklaşımı nezaketi					
i. Danışma görevlilerinin sizi yönlendirmesi ve duyarlılığı					
j. Diğer personelin size karşı yaklaşımı					
k. Güvenlik görevlilerinin ilgisi ve yönlendirmesi					
l. Vezne işlemlerinin yapılış süresi					
m. Hastanenin fiziki görünümü -temizliği-ferahlığı					
n. Hastanenin bekleme ve dinlenme yerleri					
o. Hastaneye ulaşım kolaylığı					
ö. Tedavi için gerekli makine ve teçhizat					
p. Telefonla aradığınız polikliniğe ulaşma/randevu alma kolaylığı					
r. Muayene olurken mahremiyet sağlanması					
s. Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirme					

12) Bu hastaneyi seçme nedenleriniz (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

( ) Önceki hizmetten memnun kaldım

( ) Dost ve arkadaş tavsiyesi

( ) Sevk edildim

( ) Mecburen geldim

( ) Kaliteli hizmetine güven duyduğum için

( ) Reklamlar sayesinde

( ) Olanakları en geniş hastane olduğu için

( ) Diğer (belirtiniz) .....

13) Hizmet aldığınız bu hastaneyi başkalarına önerir misiniz?

( ) Evet, ise

nedeni; .....

( ) Hayır, ise

nedeni;……..……..

14) Aşağıdaki durumları verilen cetvele göre hizmet aldığınız bu hastane açısından kendinize göre değerlendiriniz.

l. Çok kötü, 2. Kötü, 3.Orta, 4. İyi, 5.Çok iyi.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a. Ayaktan tedavi kabul görevlilerinin ilgisini değerlendiriniz.					
b. Ayaktan tedavi ünitesinde görevli hemşirelerin yaklaşımını					
c. Ayaktan tedavi ünitesinde hemşirelerin tedavi süreci hakkında bilgilendirmesini değerlendiriniz.					
d. Eczane görevlilerinin ilgisini değerlendiriniz.					
e. Hastaneye ulaşım imkanlarını değerlendiriniz.					
f. Toplu taşıma ya da otoparktan hastaneye erişim durumunu değerlendiriniz.					
g. Hasta kayıt kabul işlemi sonrası poliklinik sıra düzenlemesini değerlendiriniz.					
h. Uygulanacak ilaçlara erişim kolaylığını değerlendiriniz.					
ı. Eczane ve tedavi ünitelerine ulaşım durumunu değerlendiriniz.					
i. Ayaktan tedavi ünitesinde kayıt işlemlerinin hızını değerlendiriniz.					
j. Tedavi onayı aldıktan sonra tedavi uygulamasına kadar geçen süreyi değerlendiriniz.					
k. Ayaktan tedavi ünitesi ve bekleme salonunun konfor ve rahatlığını değerlendiriniz.					

Anketin yapıldığı tarih: ……

Katkılarınızdan Dolayı Teşekkür Ederiz…